

DES
NEURASTHÉNIES LOCALES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 9 Juin 1892

PAR

WEILL Paul

Aide de clinique à la Faculté

Lauréat de la Faculté (Prix de Médecine, Année 1890)

Né à Bollwiller (Alsace) le 7 août 1866

Examineurs : { MM. BERNHEIM, *Président*.
HECHT, professeur.
PARISOT, agrégé.
SIMON, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1892

DES
NEURASTHÉNIES LOCALES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 9 Juin 1892

PAR

WEILL Paul

Aide de clinique à la Faculté

Lauréat de la Faculté (Prix de Médecine, Année 1890)

Né à Bollwiller (Alsace) le 7 août 1866

Examineurs : { MM. BERNHEIM, *Président*.
HECHT, professeur.
PARISOT, agrégé.
SIMON, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

[**Doyens honoraires :** MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O

V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, BÉCHET, I O.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, agrégé, A O, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS *, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, A O, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A O.	MM. RENÉ, A O.	MM. SIMON, A O.
GUÉRIN, A O.	NICOLAS, A O.	REMY.
	VAUTRIN. A O	P. PARISOT.

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

Nancy. — Imp. A. Nicolle, 25, rue de la Pépinière.

A MES PARENTS

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE ET D'INALTÉRABLE AFFECTION

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MESSIEURS LES PROFESSEURS SPILLMANN,
HECHT ET HEYDENREICH

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS P. PARISOT,
SIMON ET HAUSHALTER.

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, on a beaucoup discuté et écrit sur la neurasthénie ; et cependant, malgré les nombreux travaux parus, aucune définition n'a pu être donnée de cette singulière affection, qui, par la variété de ses symptômes, semble mériter ces mots qu'on a appliqués à l'hystérie, *non morbus, sed morborum cohors*. Ce qu'on peut dire, c'est qu'elle n'est pas une affection nouvelle, c'est, qu'avant la description de Beard, qui, le premier il est vrai, essaya de coordonner les données éparses pour en faire une entité morbide déterminée, de nombreux auteurs avaient décrit sous des titres divers un état spécial, caractérisé par une sorte d'épuisement nerveux. En France, Monneret l'avait désigné sous le nom de névropathie, terme qui avait au moins l'avantage de ne préjuger en rien sur sa nature intime. Cette précaution était d'autant plus utile, que, pour les uns, la neurasthénie est la manifestation clinique d'un épuisement, pour les autres, celle d'une irritation nerveuse. Cette contradiction permet tout au plus d'affirmer que dans la neurasthénie, il y a anomalie, modalité anormale du fonctionnement nerveux, soit dans sa totalité, soit dans une de ses

parties seulement. Dans le premier cas, on a la neurasthénie ordinaire, celle qui peut envahir tour à tour ou simultanément les divers champs d'activité de l'organisme ; dans le second cas, elle est cantonnée dans le seul département vulnérable du système nerveux, elle est locale.

C'est cette dernière forme que je me suis proposé d'étudier.

Plusieurs motifs m'ont engagé à en faire le sujet de ma thèse inaugurale. C'est d'abord la fréquence relative des neurasthénies locales, non seulement dans les classes élevées de la société, mais encore dans celles qui fournissent la majeure partie de la clientèle hospitalière ; leurs allures spéciales, qui ne les empêchent cependant pas de ressembler parfois étrangement à des affections organiques, leur marche insidieuse, les réactions qu'elles produisent sur l'état psychique des malades, leur grande résistance aux médications ordinaires, enfin l'influence heureuse de la suggestion, qui seule peut les enrayer dans un grand nombre de cas.

Dans ce travail, je n'ai pas l'ambition de passer en revue toutes les formes de neurasthénie locale, qui en raison même de leur fixité sur un seul organe ou sur une région limitée de la périphérie, sont trop nombreuses pour être étudiées séparément. Je n'ai cherché qu'à indiquer leurs caractères généraux et à mettre en relief quelques formes viscérales, les plus importantes à connaître.

Mon but était de montrer qu'il existe, à côté des affections organiques, un groupe d'affections analogues aux premières, quant aux symptômes, attribuables à des troubles d'ordre dynamique et psychique. Méconnues et traitées à tort par les moyens ordinaires, elles deviennent souvent, pour le malade et le médecin, un grand objet de souci.

Nous vivons à une époque où les progrès de l'anatomie pathologique ont fait oublier presque entièrement, dans l'étude des maladies, le rôle important que jouent, dans le développement d'un grand nombre d'entre elles, certains facteurs pathogéniques dont la connaissance se dérobe à nos sens.

Il était peut-être bon d'attirer, un instant, l'attention sur eux.

Je regrette que ni le temps, ni l'expérience ne m'aient permis d'apporter, dans cette étude, tous les développements qu'elle comportait. Le peu que j'y ai mis appartient à mon honoré maître, Monsieur le Professeur Bernheim. Je suis heureux de lui offrir ce faible témoignage de ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de me montrer durant mon année d'internat et les conseils affectueux dont il a bien voulu m'entourer.

Je remercie aussi Monsieur le Professeur Spillmann de l'intérêt qu'il m'a toujours témoigné autant pendant les quelques mois que j'ai passés

comme externe dans son service, que dans la suite de mes études.

Que Monsieur le Professeur agrégé Haushalter, qui a guidé nos premiers pas dans l'étude si difficile de la clinique, et dont l'amabilité est à la hauteur de sa science, reçoive ici l'expression de ma profonde gratitude.

Merci enfin, à nos amis Henry Aimé et Blum, dont j'ai pu apprécier, à l'occasion, les sentiments de vive cordialité.

DÉFINITION ET SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE.

Qu'est-ce que la neurasthénie locale ?

M. le professeur Pitres a défini la neurasthénie : Une névrose caractérisée par des troubles sensitivo-sensoriels et psychiques dont les plus fréquents sont des sensations pénibles siégeant sur différents points du corps, et par un état mental tout particulier, dont l'inquiétude, l'inaptitude au travail et à l'attention soutenue, l'irritabilité constituent les principaux traits.

Peut-on appliquer cette définition à la neurasthénie locale, et prétendre n'en faire qu'une forme amoindrie de la première, dont elle différerait par la limitation des troubles et leur localisation dans une région limitée de l'organisme ? Peut-on dire, en un mot, que la neurasthénie locale n'est qu'une forme monosymptomatique ?

Une pareille définition impliquerait l'idée d'une neurasthénie ordinaire, localisant tous ses effets sur un domaine limité. Tel n'est pas le sens qui ressortira de cette étude.

En tenant compte de son origine et de son mode de développement, on pourrait dire que la neurasthénie locale est constituée « par un ou plusieurs troubles fonctionnels greffés sur une lésion orga-

nique guérie ou légère, ou sur une cause fortuite dont le retentissement nerveux psychique seul persiste » (1). Il est évident que ce retentissement ne peut avoir lieu chez tous les sujets, il faut, pour cela, que le terrain s'y prête, que l'individu soit ce qu'on appelle vulgairement nerveux, impressionnable, très excitable.

Sur cette neurasthénie locale peuvent venir se greffer des symptômes nouveaux, des réactions lointaines : la névrose se diffuse, la neurasthénie devient générale.

Dans la neurasthénie locale l'état général du sujet ne paraît aucunement atteint au début de l'affection. Elle finit par où commence la neurasthénie générale. La première succède toujours à un mal d'origine organique, à une lésion minime, mais réelle, une névrite, une névralgie, à des troubles fonctionnels liés à un état inflammatoire. A ce moment rien ne rappelle encore la neurasthénie, la souffrance est locale, il ne s'agit encore que de douleurs banales qui n'attirent pas autrement l'attention du médecin. Bientôt cependant une particularité va le frapper ; c'est la grande résistance opposée par les symptômes aux médications ordinaires, leur persistance au-delà des limites habituelles, leur caractère anormal d'intensité et la bizarrerie des sensations éprouvées. Pour peu que l'on approfondisse alors l'examen

(1) Bernheim. — Hypnotisme. Suggestion. Psychothérapie.

du malade, qu'on scrute dans ses antécédents héréditaires ou personnels, on trouvera qu'un autre facteur est entré en scène, qui désormais jouera le principal rôle : c'est l'élément nerveux. Que la lésion ou les troubles fonctionnels persistent, peu importe, la neurasthénie locale est créée, entretenue par l'impressionnabilité excessive du sujet.

C'est à partir de ce moment que ses allures vont se modifier ; on verra alors se produire ces manifestations sensitives et psychiques, si bien décrites par Beard. Les symptômes frappent à tel point l'esprit du sujet, que sa pensée n'a plus d'autre objectif, il se laisse accaparer par eux, et inconsciemment se prépare ainsi une nouvelle maladie, qu'il finit par s'assimiler, comme il s'assimilerait une conception à laquelle sa raison se serait habituée sans pouvoir réagir contre elle. Ceci est vrai surtout pour les névropathies douloureuses qui frappent le malade plus vivement que la perturbation fonctionnelle d'un de ses organes ; car la douleur est souvent continue et au-dessus de ses ressources, tandis qu'il peut remédier à celle-ci, jusqu'à un certain point, par un régime sévère.

Même dans ce dernier cas, les phénomènes ne tardent pas à se reproduire, le malade tourne dans un cercle vicieux, où il finira par succomber. Alors les secours de l'art deviennent inefficaces, le neurasthénique étant persuadé qu'il est atteint d'une affection sérieuse, il s'irrite contre le méde-

cin qui a le malheur de le plaisanter ou de lui dire qu'il ne trouve pas de cause plausible à ces désordres. Si d'autre part, on a recours aux traitements énergiques, il ne fait que de s'ancrer davantage dans son idée, se créant tous les jours des sensations nouvelles, tellement bizarres que son entourage en sourit parfois.

Chose curieuse et qui prouve bien la nature des accidents, un évènement inattendu, une impression morale, un médicament dépourvu de toute valeur thérapeutique, viennent parfois apporter un soulagement temporaire au mal que n'avaient pu entamer les médications les plus énergiques; tel de ces malades guérit à la suite d'une potion suggestive composée d'un sirop avec quelques gouttes d'essences, qui n'avait pu être calmé par des applications répétées de vésicatoires de chlorure d'éthyle, par l'administration d'analgésiques, etc. Souvent le calme n'est que relatif, une cause non moins banale réveille les souffrances, marquant le début d'une nouvelle période.

Si l'affection dure et fait des progrès, le malade en proie au découragement n'essaie plus de réagir, il assiste passivement à l'évolution de son mal, se désintéressant de tout, même de ses aspirations les plus chères. Il quitte ses occupations, devient inapte au travail. Seul, le mal le tient en éveil, il analyse ses sensations, les classe pour ainsi dire, si bien que, lorsqu'il vient consulter un médecin, son observation est rédigée d'avance, il se rappelle,

presque dans ses plus petits détails, tout ce qu'il a souffert, depuis le premier jour.

Dans ces conditions d'affaissement moral, le physique ne peut être épargné, les fonctions, qui étaient restées intactes jusqu'alors, commencent à s'altérer, l'appétit se perd, la digestion se fait mal, le sommeil fait place à l'insomnie, la nutrition languit.

La névrose locale s'est diffusée et aboutit à la neurasthénie générale.

Tant que l'affection n'a pas atteint ce terme, l'existence de douleurs en dehors du siège principal est assez rare. Interrogez un malade atteint de névrose douloureuse d'un membre ou d'une partie quelconque du tronc, il répondra le plus souvent qu'il n'a mal qu'à tel endroit; presque jamais il n'accusera une sensibilité exagérée à la tête ou dans une région éloignée du siège de la névropathie. Il semble qu'il rapporte à ce siège toutes les sensations qu'il éprouve, soit qu'elles se concentrent toutes à ce niveau, soit que les autres passent inaperçues à l'ombre de la première.

La description précédente n'est pas vraie dans tous les cas; il n'y a que chez les personnes fortement névropathiques par hérédité, que la névropathie locale atteint à ce degré de développement et produit des désordres aussi profonds.

On peut dire, d'une façon générale, qu'on l'observe plus fréquemment dans les classes élevées, où par le fait d'une situation moins exposée aux

préoccupations de toutes sortes, et où, en raison d'une éducation supérieure, les malades sont mieux placés pour s'étudier, et, par conséquent, s'analysent davantage et retiennent plus facilement les excitations, d'où qu'elles viennent, puis les exagèrent.

Chez les personnes auxquelles la lutte pour la vie est une cause de soucis journaliers, les ouvriers, les paysans, qu'un travail incessant appelle au dehors et qui sont moins aptes à s'observer, chez toutes ces personnes la neurasthénie locale n'arrive pas souvent à ce degré de gravité.

Ces malades conservent, au milieu de leurs plus vives souffrances, plus de sang-froid et de quiétude. Ils réagissent plus longtemps ; ils souffrent, mais vaquent à leurs affaires, sont capables d'efforts et quelquefois trouvent dans le travail un répit mérité. Ils sont aussi moins rebelles aux soins médicaux et marchent plus facilement à la guérison ; et si les troubles locaux sont aussi tenaces que chez les premiers, du moins, ils retentissent d'une façon moins funeste sur les grandes fonctions.

D'ailleurs il faut tenir compte de la susceptibilité et de la résistance morale de chaque sujet.

Il était peut-être utile d'indiquer en quelques pages ces données générales ; car elles dominent toute la symptomatologie de la neurasthénie locale. Néanmoins les troubles spéciaux présentent, eux aussi, des caractères sur lesquels il est important d'insister. On verra qu'ils se rapprochent parfois

des névralgies ordinaires, ou des symptômes observés dans les affections viscérales, d'origine organique ; mais souvent aussi ils s'en éloignent tellement, qu'il est impossible d'y voir autre chose que le résultat d'influences psychiques.

La neurasthénie locale peut avoir des sièges multiples.

Pour faciliter la description, je diviserai ses diverses formes en périphériques ou viscérales suivant que c'est une partie de la périphérie ou un organe qui est le siège de la neurasthénie.

NEURASTHÉNIE LOCALE PÉRIPHÉRIQUE

Le symptôme dominant et le plus souvent unique consiste dans la douleur. Au début, cette dernière siège sur le trajet d'un nerf et correspond en général à une certaine étendue de son parcours, telle la névralgie sciatique ou intercostale dont elle revêt tous les caractères. Dans certains cas, le début n'est pas aussi marqué ; le malade à la suite d'un coup, d'un traumatisme un peu violent, d'un effort, d'une rupture musculaire, d'une contusion légère, commence à ressentir, au bout de quelques jours, des sensations pénibles, des lancées, des fourmillements dont il rattache immédiatement la cause à l'accident. Les différentes localisations rhumatismales, les points douloureux, symptomatiques d'affections viscérales et rapportées par le malade aux parties tégumentaires sus-jacentes peuvent enfin être l'origine de névropathies locales, évoluant comme les premières. Il n'est pas rare de voir des malades traités antérieurement pour une gastrite, une typhlite dont les douleurs, localisées à l'épigastre et à la fosse iliaque droite, les ont principalement frappés, guérir de l'affection primitive, en conservant au niveau de l'abdomen une sensibilité excessive dont ils souffrent beaucoup plus. Autant peut-on en dire du point de

côté, qui survit quelquefois à la pleurésie, de l'hyperesthésie douloureuse qui, chez les névropathes, se greffe sur une arthrite rhumatismale guérie, sur une entorse. Il n'est pas de processus morbide qui ne puisse provoquer des manifestations dynamiques concomitantes, qui, par leur persistance, forment une véritable neurasthénie locale.

Son siège peut donc être multiple et dépend essentiellement de l'affection primitive. Très souvent elle atteint un membre, soit dans sa totalité, soit dans une de ses parties seulement; la face postérieure de la cuisse où elle simule une sciatique, une articulation avec les parties molles environnantes, par exemple le genou, la hanche, l'épaule, le cou de pied. Sur le tronc elle occupe fréquemment les parties supérieures de l'abdomen, la région présternale, enfin le sein.

Les névropathies locales des articulations ont fait l'objet de plusieurs travaux de Brodie et Strohmeyer de Hanovre. Mais, écrivant à une époque où la neurasthénie était encore peu connue et confondue en grande partie avec l'hystérie, beaucoup des observations qu'ils rapportent ressortissent plutôt à cette dernière. Il n'en ont pas moins insisté, avec raison, sur le côté purement dynamique d'un grand nombre de manifestations articulaires, cherchant à prévenir une intervention hâtive dans des affections sans lésion matérielle et uniquement tributaires d'un traitement moral.

Indépendamment des arthralgies hystériques, il arrive souvent de voir des malades, à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire, garder une sensibilité extrême au niveau de l'articulation la plus éprouvée, et cela longtemps après la guérison. Cette sensibilité se traduit par des douleurs survenant à la moindre pression, non pas tant, dans l'articulation même, que dans les parties molles environnantes. Il semble que l'élément douleur ait survécu à l'élément inflammation. On pourrait alléguer, il est vrai, des changements survenus dans les branches nerveuses de la région, ou bien l'existence d'une inflammation chronique. Le fait n'est pas prouvé, et le serait-il, comment expliquer l'apparition capricieuse des symptômes, leur mobilité, leur intensité croissante pendant le repos tandis que la marche semble au contraire les dissiper ? Comprendrait-on aussi, sans l'intervention d'un facteur autre que l'inflammation, qu'un traumatisme produise quelquefois des accidents plus graves et plus tenaces qu'une arthrite franche ? Comprendrait-on que ces accidents réagissent d'une façon aussi pernicieuse sur l'état général ? Pourquoi chez tel individu une entorse s'accompagne-t-elle pendant de nombreuses années, comme je l'ai vu, de phénomènes douloureux avec véritable lypémanie, persistant longtemps après la guérison de l'accident primitif, et pourquoi chez d'autres le rétablissement de la fonction s'opère-t-il sans laisser de traces ?

La raison de cette différence ne peut se trouver évidemment que dans la superposition aux premières, de manifestations purement dynamiques et psychiques.

Les douleurs névralgiques du sein, les tumeurs imaginaires sont également connues depuis fort longtemps. « Le diagnostic des douleurs névralgiques du sein n'offre aucune difficulté, dit Velpeau. Il ne s'y joint aucun changement matériel des tissus, ni gonflement, ni rougeur, ni tension. La douleur procède en général par irradiations, partant de la mamelle, tantôt du côté du cou et de la tête, tantôt vers l'épaule, tantôt sur un point ou toute la longueur du membre thoracique, tantôt elle arrive jusqu'à l'épine vertébrale, d'autres enfin, par en bas vers la hanche et le membre abdominal. » Et après avoir décrit leurs caractères il ajoute : « C'est presque toujours chez des femmes nerveuses, impressionnables, dont l'imagination s'exalte facilement, qu'on les observe ».

On peut encore considérer comme névropathies locales celles qui surviennent parfois à la face, dans la cavité buccale et l'organe qu'elle renferme, à la suite d'un traumatisme insignifiant. C'est, soit une petite ulcération, soit l'avulsion d'une dent, soit même la simple idée d'être menacé du cancer, qui en est le point de départ.

La glossodynie n'est très souvent qu'une névralgie ordinaire au début, qui, en raison du terrain névropathique sur lequel elle s'est dévelop-

pée, se prolonge outre mesure. Le malade éprouve des sensations pénibles variées : picotement, sensation de brûlure, lancées se montrant par accès isolés ou le plus souvent d'une façon continue avec exacerbation par intervalles. Dans les cas graves et rebelles, la mastication est troublée, parfois il y a gêne de l'articulation de la parole. D'abord localisées à une partie de la langue, ces sensations peuvent s'étendre au reste de l'organe et même à toute la muqueuse buccale. Il est inutile d'insister sur la gravité des symptômes lorsque leur véritable nature est méconnue et que le médecin n'intervient pas par le traitement approprié.

On peut en dire autant des troubles nerveux qui succèdent à l'extraction d'une dent chez quelques personnes prédisposées. Au lieu de faire taire les douleurs, l'opération, même faite dans les conditions les plus régulières, les exagère et leur donne une intensité à côté de laquelle les souffrances antérieures n'étaient rien. De l'alvéole vide, elles s'irradient sur une grande étendue dans le maxillaire qu'elles mettent en contracture, dans le cou dont les mouvements deviennent pénibles, et même dans la nuque et la région occipitale. Dans l'espace de deux mois, plusieurs cas se sont présentés à la consultation, avec des phénomènes d'obsession dentaire. Deux femmes qui, après s'être fait arracher une dent, accusaient l'une des névralgies dans le maxillaire et le côté correspon-

dant de la face, l'autre des douleurs bilatérales s'irradiant dans le cou et jusqu'au sein.

Chez un homme de 33 ans, l'avulsion d'une petite molaire fut suivie de douleurs presque intolérables, non seulement au niveau de l'os intéressé, mais dans le cou et la nuque dont les muscles étaient contracturés au point d'empêcher le malade de tourner la tête.

Quelle que soit la partie atteinte, la symptomatologie est presque toujours identique.

Une fois constituée, la neurasthénie locale s'écarte de plus en plus des formes névralgiques ordinaires, l'élément psychique étant entré en jeu pour modifier les symptômes primitifs, les exagérer et leur imprimer des caractères nouveaux.

La douleur n'occupe pas le domaine d'un nerf déterminé, elle se répand irrégulièrement en dehors de toutes les lois anatomiques. D'un centre, elle s'irradie plus ou moins loin sur différents territoires, tour à tour disparaissant puis revenant sans règle fixe. Tantôt ce sont de simples élancements, des picotements, qui agacent le malade plutôt qu'ils ne le font souffrir, tantôt, surtout dans les membres, la douleur se manifeste sous forme de lancées, de fulgurations qui rappellent assez bien celles de l'ataxie, d'autres fois, au niveau des articulations, elle est constrictive, s'accompagne de tiraillements, de sensations d'arrachement de chair, de broiement, chez les plus

favorisés, c'est une douleur sourde, avec de temps en temps des exacerbations.

On voit combien peuvent être variables les sensations, non seulement chez les différents malades, mais aussi sur le même sujet à différentes périodes de l'affection. On pourrait créer une véritable série neurasthénique pour les englober dans un même groupe, par analogie avec la série tabétique qui désigne l'ensemble des troubles sensitifs de la période préataxique.

La douleur procède généralement par accès survenant irrégulièrement dans la journée, quelquefois aussi à heure fixe. Dans l'intervalle, le malade jouit d'un calme relatif, que trouble continuellement la perspective du retour. Ces accès peuvent durer quelques heures et revenir une ou plusieurs fois par jour; quand leur durée est moins longue, qu'elle ne dépasse pas quelques minutes, ils sont presque subintrants, enfin souvent elle est continue et présente des exacerbations.

Elle est d'autant plus pénible que l'attention du malade est davantage portée sur elle; rien de plus facile que de la réveiller par simple affirmation; elle s'exagère sous l'influence d'une émotion, d'un chagrin ou toute autre cause déprimante.

D'ordinaire les accès ne surviennent que pendant la journée et disparaissent vers le soir, de sorte que le malade peut dormir une bonne partie de la nuit. Chez quelques neurasthéniques, c'est le contraire: pendant la journée ils se portent bien,

mais dès qu'ils sont au lit les souffrances reviennent; s'ils arrivent à s'endormir, ils sont réveillés au bout de peu de temps par les douleurs qui ne les quittent plus qu'au lever du soleil. Ceux-ci sont le plus à plaindre, car avec des apparences de bonne santé, ils passent leurs nuits dans l'insomnie et si le mal ne peut être enrayé, ils tombent plus rapidement dans la dépression.

La pression *loco dolenti* n'est pas toujours douloureuse, toute la partie malade est sensible, mais on ne rencontre pas comme dans les névralgies des points douloureux fixes; on peut, il est vrai, en créer à volonté aussi bien en dehors que sur le trajet des branches nerveuses.

Souvent même la pression soulage le malade; tel ce jeune homme qui, atteint de douleurs névropathiques au niveau du sternum, n'avait pour les calmer qu'à exercer une légère pression à travers ses vêtements. Ce même malade, commis à la manufacture des tabacs, au moment de ses plus fortes crises, n'avait qu'à se livrer à des travaux manuels pour les voir disparaître presque instantanément. Dans ce but, il avait installé dans sa chambre un petit atelier de menuiserie. Chez un autre malade, atteint de neurasthénie douloureuse des membres inférieurs, les douleurs étaient beaucoup moindres pendant la marche que lorsqu'il était au lit; quand pendant la nuit elles devenaient insupportables, une promenade de quelques minutes suffisait à les soulager.

On ne saurait assez insister sur la prédominance de l'élément psychique, sur l'élément organique dans le développement des diverses formes de névroses douloureuses. Qu'il s'agisse d'une pseudo-sciatique, d'une fausse névralgie intercostale, d'un point épigastrique ou mammaire, d'une névrose articulaire, on appréciera l'importance de ces facteurs en tenant compte de la diffusion irrégulière des symptômes, de l'absence de points douloureux fixes, de la possibilité de les localiser *ad libitum*. Aussi le diagnostic ne présente pas de difficultés pour le médecin exercé à juger non d'après ce qu'il voit seulement, mais encore d'après le tempérament et l'individualité psychique de chacun de ses malades. D'ailleurs s'il régnait quelque incertitude, la marche de l'affection lèverait bientôt tous les doutes. Tandis qu'une névralgie produite par l'inflammation ou quelque autre trouble vasculaire des branches nerveuses se résoud en général d'elle-même au bout d'un temps variable, s'accompagne quelquefois de fièvre et de troubles trophiques, les névroses restent en général longtemps stationnaires, sont indemnes de toute complication vaso-motrice, mais troublent profondément l'état général. Leur durée est plus longue, et les analgésiques ont peu de prise sur elles, quand ils ne les aggravent pas.

La neurasthénie locale n'évolue pas toujours aussi simplement. Aux symptômes douloureux s'ajoutent d'autres symptômes qu'on peut ap-

peler indirects intéressant soit la motilité, soit le fonctionnement des organes situés au niveau du siège malade. Quand ce sont les membres, il y a **affaiblissement** de la puissance musculaire, les forces diminuent insensiblement, la marche devient plus lente et plus difficile et produit rapidement la fatigue. La même importance fonctionnelle peut s'observer dans les membres supérieurs. A cette impotence provoquée par la douleur se joint quelquefois de la contracture de divers groupes musculaires périarticulaires, qui immobilise l'articulation et rend les mouvements encore plus difficiles.

Pareille complication succède parfois aux névroses douloureuses du tronc.

Celles qui siègent sur le thorax produisent un certain degré de contracture qui immobilise une partie de la paroi, et par action réflexe ou purement suggestive, de la gêne de la respiration, voire de légers accès de dyspnée.

Les douleurs épigastriques, sans parler de celles qui sont symptomatiques d'une affection gastrique, retentissent d'une façon fâcheuse sur les fonctions digestives.

NEURASTHÉNIE VISCÉRALE

Jusqu'ici je me suis borné à montrer l'existence de névroses locales périphériques. Dans ce chapitre, je décrirai la neurasthénie viscérale. Les Anciens, bons observateurs, connaissaient et avaient longuement écrit sur les troubles fonctionnels d'origine nerveuse, qui, chez certains individus, viennent et disparaissent pour les causes les plus futiles. N'ayant pas encore à leur disposition les données si utiles fournies par l'anatomie pathologique, ils en avaient exagéré la fréquence, et voyaient des troubles d'innervation dans des affections d'origine organique.

A la fin du siècle dernier, Pomme dans son *Traité des affections vaporeuses*, avait appelé l'attention des médecins sur ce sujet; mais l'école anatomique d'une part, et les doctrines de Broussais d'autre part, jetèrent le discrédit sur cette partie de la pathologie médicale, l'un en visant trop à la localisation organique, et les autres en ramenant tout à la phlegmasie, qu'elles considéraient comme source unique de maladie.

Déjà en 1827, Barras, dans son *Traité sur les gastralgies et les entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins*, avait réagi

contre ces tendances et protesté contre l'exclusivisme des idées du jour.

Vingt ans plus tard, Saudras disait à son tour : « Il faut avouer que toute la médecine n'est pas dans la localisation organique. En regardant plus loin que l'organe et que la matière, en remontant à la cause des modifications qu'ils subissent dans leurs rapports réciproques, en étudiant, en un mot, les fonctions des corps vivants, dans la santé et dans la maladie, on trouve encore des lacunes, et même des lacunes fort larges, soit, par exemple, que nous ayons été trop préoccupés de la contemplation des désordres matériels que nous rencontrons, soit, tout simplement, qu'il y ait nécessité, philosophiquement explicable, de bien examiner tout ce qui frappe les sens, avant de porter une attention plus générale sur les dérangements d'un autre ordre, les troubles nerveux, dont je veux traiter ici, sont restés négligés (1). »

Ces lacunes sont-elles aujourd'hui comblées ? L'anatomie pathologique et la bactériologie ont-elles donné la clef de l'énigme, ont-elles jeté quelque lumière sur ces cas qui paraissaient si obscurs à nos prédécesseurs ?

Malgré l'immense progrès réalisé dans l'étude des maladies, grâce à ces nouvelles sciences, qui ont transformé en grande partie les notions pathogéniques acceptées jusqu'alors, malgré tous les

(1) Traité pratique des maladies nerveuses.

perfectionnements apportés dans la technique du microscope, il subsiste dans le cadre nosologique des affections qu'on ne peut mettre sur le compte d'aucun désordre matériel appréciable, et dans lesquelles il faut, par conséquent, faire intervenir comme facteurs pathogéniques, des troubles d'ordre purement dynamique et psychique.

On peut dire, d'une façon générale, que les névroses viscérales naissent, évoluent et procèdent comme les névroses périphériques ; comme ces dernières, elles ont, pour point de départ, des troubles d'origine organique qui trouvent dans une faiblesse du système nerveux un terrain propice à leur développement.

Dans le nombre, celles qui siègent dans l'appareil digestif et le cœur sont les plus fréquentes ; aussi je les décrirai plus spécialement.

Neurasthénie gastrique.

Les troubles gastro-intestinaux sont très fréquents, pour ne pas dire constants, dans la neurasthénie. Que l'on consulte les auteurs français, anglais ou allemands, on verra que, parmi le grand nombre de symptômes décrits, ceux-ci occupent toujours une des premières places. Dans ce cas, ils constituent le plus souvent des symptômes de la période d'état et sont précédés ou suivis d'une foule d'autres troubles. Ce n'est pas eux que j'ai

en vue dans cette étude. Par neurasthénie gastrique, il faut entendre une névrose particulièrement localisée dans la sphère nerveuse de l'estomac et apparaissant isolément ou au moins chronologiquement comme cause déterminante.

Un grand nombre de causes peuvent produire la névropathie gastrique. Depuis longtemps, on sait que le travail intellectuel amène chez beaucoup de personnes une série interminable de troubles digestifs ; tout surmenage tant physique que moral peut produire le même effet ; tel sujet nerveux présentera des symptômes de dyspepsie à la suite d'une forte émotion, de chagrins répétés, de soucis. Les excès de toutes sortes, d'aliments ou de boissons, les excès vénériens entrent également pour une large part dans cette étiologie.

La dyspepsie nerveuse est surtout fréquente de 20 à 40 ans, c'est-à-dire à l'âge où nous sommes le plus exposés aux nombreuses causes qui viennent d'être énumérées.

Ce qui frappe chez ces malades, c'est qu'ils se plaignent, au milieu d'un état de bonne santé apparente, d'une série de symptômes gastriques, dont on ne peut rendre responsable aucune maladie à lésion anatomique connue.

« La dyspepsie nerveuse ou neurasthénie gastrique consiste principalement en ceci : c'est que la digestion chimique de l'estomac n'est pas modifiée d'une façon sensible, et que cependant, au

processus digestif de l'estomac, se rattachent soit des troubles locaux, soit des troubles nerveux généraux (1). »

Les troubles sensitifs remplissent presque toute la symptomatologie. Ils sont constants, mais peuvent varier d'intensité suivant les sujets et chez le même sujet. Tantôt ce n'est qu'un simple sentiment de gêne épigastrique accompagné de temps en temps d'élancements douloureux, tantôt c'est une véritable douleur que le malade compare à une brûlure profonde, à une barre, tantôt enfin ce sont des crises qui peuvent induire le médecin en erreur et faire croire à l'existence du tabès. Ces crises éclatent spontanément, le plus souvent pendant la journée, immédiatement après, mais plus souvent quelques heures après les repas. « Leur persistance est, en général, en raison inverse de leur intensité (1). »

Contrairement à ce qui a lieu dans les maladies inflammatoires de l'estomac, où la douleur est toujours plus ou moins fixe, ici elle paraît plus mobile et elle s'irradie plus souvent sur les parois thoraciques et même dans le dos et les épaules. Pendant l'examen, il est facile de la localiser et de la provoquer en des points restés indemnes. La pression, loin de l'augmenter, la calme souvent ou la fait cesser entièrement.

(1) Eichhorst. Traité de pathologie interne.

(2) Mounier. Thèse de Paris, 1889-90.

La plupart des malades accusent en outre, au niveau de l'épigastre, un malaise pénible, accompagné de sensations bizarres ; il leur semble que leur estomac se gonfle outre mesure ; à d'autres, il paraît vide et resserré ; souvent, ils éprouvent comme la sensation d'un fer rouge appliqué sur la paroi, ou bien celle que produirait un filet d'eau glacée tombant dans leur organe. Il en est qui souffrent, comme si on leur broyait l'estomac, ou comme si on voulait le détacher violemment des parties voisines.

Un symptôme assez fréquent, ce sont des battements extraordinaires à la région épigastrique, sensibles à la main et quelquefois même à l'œil. Signalé par Barras qui l'attribue à un spasme des gros vaisseaux artériels du bas-ventre, ce phénomène qui pourrait faire croire à l'existence d'un anévrysme de l'aorte abdominale et dont la nature n'est pas encore aujourd'hui expliquée, incommode fort certains malades et rappellent les violents battements de tête éprouvés par les sujets atteints de névralgie des parties molles du crâne.

La neurasthénie gastrique, diverse et ondoyante dans ses manifestations sensitives, se traduit par d'autres signes, qui, réunis aux premiers, permettent d'établir un diagnostic facile.

L'appétit, malgré les plus vives souffrances, se conserve très longtemps ; et c'est un fait vraiment remarquable de voir des malades ne cessant de se plaindre, allant de consultation en consulta-

tion, se mettre à table, heureux de manger et prendre largement part aux repas. Beaucoup ne se contentent pas des trois repas ordinaires ; ils mangent sept à huit fois par jour et ont soin d'avoir toujours quelque aliment dans leurs poches pour parer à leur besoin incessant d'ingérer. Pendant la nuit, ils se réveillent parfois, forcés d'interrompre leur sommeil par un léger repas.

Chez ces personnes, la faim est devenue un phénomène pathologique, presque une torture que les aliments seuls arrivent à calmer. Aussi ne sont-ils pas difficiles dans leur choix, tout leur est bon, les mets les plus indigestes sont digérés. Il s'en suit une véritable perversion de l'appétit qui leur fait prendre en dégoût les substances les plus digestives, alors que les gros légumes et autres substances aussi rebelles aux sucs gastrique et intestinaux sont tolérés avec la plus grande facilité.

Bien que les douleurs reviennent généralement quelque temps après l'ingestion, la digestion s'accomplit cependant normalement. En effet « si on pratique le lavage de l'estomac, on le trouve vide cinq ou sept heures après un repas assez important, ce qui prouve que l'estomac digère et que ce sont les nerfs de l'estomac qui sont sensibles à l'excès (1).

Les vomissements, qui sont habituels dans les

(1) Eichhorst. *Traité de pathologie interne*.

autres affections de l'estomac, se montrent ici assez rarement.

La névrose peut se borner à ces troubles qui la plupart ressortissent à la sensibilité, si on intervient par un traitement approprié. Mais comme leur nature est souvent méconnue et que par eux-mêmes, ils sont très tenaces, d'autres désordres succèdent aux premiers et viennent ainsi aggraver la situation.

Alors apparaissent tous les phénomènes tributaires de la dilatation d'estomac, pouvant aboutir au complexe décrit par F. Glénard sous le nom d'entéroptose. Le malade se plaint d'une sensation de pesanteur, de plénitude continuelle à la région épigastrique. L'appétit se perd peu à peu, les aliments ne sont plus supportés et provoquent des douleurs; s'il persiste, le patient refuse de manger suivant sa faim, parce qu'il craint les vomissements, les éructations gazeuses et le ballonnement. L'abdomen est plus ou moins météorisé et la sonorité stomacale descend jusqu'à l'ombilic et même au-dessous. A la percussion profonde on perçoit le bruit de clapotement.

Les sécrétions gastriques peuvent se modifier à leur tour. Cet enchaînement de symptômes, d'abord uniquement liés à une perturbation de l'innervation, puis entraînant à leur suite des troubles dans les diverses parois constituant de la paroi stomacale, a été révoqué en doute par plusieurs auteurs. Pour la plupart des médecins, ce

rapport de cause à effet existe réellement. L'analyse chimique a donné son appui à cette hypothèse, en démontrant la possibilité de modifications dans les éléments actifs du suc gastrique, au bout d'un temps plus ou moins long.

« Des observations récentes, celles en particuliers de M. Litten et MM. Ewald et de Glatz, démontrent que, dans le plus grand nombre de cas de dyspepsie neurasthénique, il y a diminution et parfois, dans les cas graves, suppression du suc gastrique. Il est facile de se renseigner sur l'état de la sécrétion. Le patient ingère des aliments qui composent ce qu'on appelle le repas d'épreuve, une tasse de thé chaud et deux petits pains à l'eau. Une heure après, on vide l'estomac à l'aide de la pompe stomacale. Or dans le liquide ainsi retiré de l'estomac, l'expérience des digestions artificielles avec l'albumine, la fibrine et plus rarement le lait, démontre la diminution ou même la disparition de la pepsine, de l'acide chlorhydrique et du ferment de la caséine. La suppression complète de toute activité du suc gastrique est toujours l'indice d'une forme grave et durable. Elle appartient surtout au 2^e degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique (1). »

Récemment on a décrit des dyspepsies nerveuses avec hypersécrétion et atonie gastrique. On a aussi considéré l'hyperchlorhydrie primitive

(1) Bouveret. La Neurasthénie.

chronique comme une névrose de l'estomac ayant pour cause essentielle l'hérédité névropathique (Marfan).

Il n'entre pas dans mon sujet d'apporter plus de développement sur cette question tant de fois traitée dans ces dernières années. J'ajouterai simplement que, si cet état se prolonge, la nutrition s'altère rapidement, l'inappétence devient plus marquée, et par sa ténacité et sa durée rappelle l'anorexie des cancéreux, dont le névropathe se rapproche par son amaigrissement, son teint jaunâtre et la sécheresse de la peau.

A ce moment le désordre de l'appareil digestif s'accompagne d'autres perturbations fonctionnelles par retentissement sur les fonctions du cœur et du système nerveux. Les malades se plaignent de palpitations, de vertiges, deviennent apathiques, somnolents et impropres au travail, les extrémités sont toujours froides, la force musculaire diminuée. Tout leur être témoigne d'une profonde dépression.

S'il fallait résumer l'histoire de la neurasthénie gastrique, on pourrait dire que, dans une première phase d'excitation, elle est entièrement sensitive ; caractérisée, d'une part, par des sensations diverses éprouvées principalement dans la région de l'épigastre ; d'autre part, par la conservation de l'appétit qui est toujours déréglé, quelquefois exagéré et perversi, rarement nul ; dans une deuxième phase d'épuisement, surviennent les

symptômes d'atonie nerveuse avec tous les signes de l'ectasie stomacale : pesanteur, ballonnement, troubles de la digestion proprement dite. C'est dans la dernière période, qu'on rencontre, en plus grand nombre, les phénomènes multiples de dépression organique et psychique.

Neurasthénie intestinale.

J'ai évité de parler jusqu'ici des troubles intestinaux qui sont inséparables de la dyspepsie de quelque nature qu'elle soit. L'atonie stomacale entraîne presque fatalement celle des parois intestinales, aussi les troubles de défécation accompagnent-ils toujours les symptômes gastriques.

En 1883, Cherchewsky de St-Pétersbourg a publié dans la *Revue de Médecine* un travail sur les névroses intestinales, dans lequel il rapporte plusieurs observations d'entéropathies survenues chez des personnes névropathes, et qu'il considère comme de véritables névropathies locales, pouvant entraîner à leur suite un état d'épuisement et de dépression caractéristique de la neurasthénie. D'après cet auteur, ces entéropathies sont caractérisées « par une constipation habituelle, n'alternant que très rarement, et encore dans la minorité des cas, avec des diarrhées périodiques, par du ballonnement, localisé ordinairement dans un endroit quelconque de l'abdomen, principalement dans la région des fausses côtes, et ne s'éten-

dant que très rarement sur tout l'abdomen; par des renvois très bruyants sans odeur et sans goût. Tous ces symptômes, de date plus ou moins ancienne, sont presque toujours constants, et ne présentent aucune corrélation apparente avec les heures des repas, la quantité et la qualité des aliments; l'appétit est toujours bon. De temps à autre à la suite d'une influence psychique quelconque, d'une grande fatigue ou d'un rude travail mental, cet état s'aggrave brusquement. » Ces accès consisteraient dans un développement rapide de phénomènes d'obstruction intestinale; les matières fécales deviennent de plus en plus étroites, « comme passées à la filière », jusqu'à n'avoir plus l'épaisseur d'un crayon. Le malade accuse de vives douleurs, des coliques, des besoins d'aller à la selle dont l'expulsion lui coûte des efforts inouïs. A la palpation on rencontre, par places, une certaine rénitence, pouvant simuler une ou plusieurs tumeurs. Mais le plus souvent l'examen est rendu difficile par le développement d'un météorisme occupant d'une façon inégale les diverses régions de la paroi abdominale.

D'après le même auteur, tous ces troubles doivent être mis sur le compte d'une innervation viciée, et comme preuves à l'appui, il cite le début et la cessation brusque des phénomènes d'occlusion, leur apparition chez des personnes présentant manifestement des signes de névropathie, leur résistance, et même leur aggravation dans

l'influence des purgatifs ordinaires, tandis que les opiacés et la belladone en triomphent facilement.

La névrose décrite par Cherchewsky ne revêt pas toujours une forme aussi précise. On rencontre des malades, qui sont, de temps en temps, sujets à des douleurs intestinales vives, occupant tantôt le ventre tout entier, tantôt un point isolé, et survenant surtout à la suite d'émotions morales ; ces douleurs existent seules ou sont accompagnées de météorisme, quelquefois de constipation, d'autres fois d'évacuations rapides ; elles durent en général une ou plusieurs heures de suite, puis disparaissent et le sujet revient à l'état normal.

Le plus souvent les névroses intestinales se développent sans cause apparente ; dans certains cas, elles succèdent à un traumatisme et surtout à une affection intestinale antérieure. M. le Professeur Bernheim a rapporté un exemple remarquable relevant de cette dernière cause (1). A la suite d'une typhlite, se développèrent, chez un de ses malades névropathe, des accès de contracture, excessivement douloureuse, des muscles et du cœcum, accès simulant un étranglement interne et se répétant presque tous les jours durant une demi-heure ou une heure. Ces accès allèrent en augmentant d'intensité pendant plus d'un an. A cause de la constipation opiniâtre qui accompagnait les douleurs, on avait pensé d'abord qu'il

(1) Bernheim. Hypnotisme.... *Observat.* XVII, page 279.

s'agissait d'un obstacle intestinal par bride cicatricielle, consécutif au processus de la typhlite. Mais en raison même de l'intensité des douleurs qui étaient hors de proportion avec une simple constipation due à un rétrécissement, en raison de l'absence de signes positifs à la palpation, de l'absence de douleur à la pression en dehors des accès et surtout des antécédents nerveux du malade, on porta plus tard le diagnostic de névrose spasmodique greffée sur une typhlite ancienne. Toutes les médications avaient échoué ; la suggestion vint confirmer le diagnostic en mettant fin aux accès.

Neurasthénie cardiaque.

Si l'on songe à la richesse de l'innervation du cœur, à la facilité avec laquelle il réagit sous l'influence des moindres excitations physiques ou morales, on ne sera pas étonné que cet organe soit si souvent le siège de troubles névropathiques pouvant simuler, par leur persistance et leur intensité, une maladie organique.

La neurasthénie cardiaque est caractérisée par une sorte de faiblesse nerveuse se manifestant par une accélération des contractions, des palpitations douloureuses, survenant à la suite de causes banales, d'un certain degré d'aggravation, de gêne précordiale, tous symptômes qui évoluent isolé-

ment sans jeter de grands troubles dans le reste de l'appareil circulatoire; leur principal caractère est de naître et de se développer en l'absence de lésions organiques et sans donner lieu aux signes physiques ordinaires.

Ce dernier caractère ne suffirait pas, il est vrai, à la différencier entièrement; d'autres affections telles que l'angine de poitrine qui reconnaît pour cause la sclérose des artères coronaires sont susceptibles de produire des symptômes analogues sans se révéler, au moins pendant un certain temps, par des signes physiques. La coronarite n'est qu'une localisation d'un processus général, qui, en se fixant plus volontiers sur certaines régions, atteint l'arbre artériel tout entier; on aura là un point de repère pour le diagnostic différentiel si on se rappelle en outre que l'artério-sclérose est l'apanage de l'âge adulte et de la vieillesse.

La neurasthénie cardiaque est plus fréquente dans l'adolescence. Son étiologie est celle de toutes les neurasthénies locales, je veux dire les excitations de toutes sortes, les émotions morales, le surmenage intellectuel. Une mention spéciale doit être faite pour les excès alcooliques et l'abus du tabac. Ces dernières causes ne produisent pas directement la neurasthénie, mais par leur action funeste sur le cœur et les troubles passagers qu'elles y apportent, elles créent dans cet organe un *locus minoris resistentiæ*, sur lequel auront plus facilement prise toutes les causes malfaisantes. Chez

les sujets indemnes de toute tare nerveuse, chez ceux qui par leur hérédité ne sont pas exposés à la névropathie, les accidents cessent avec l'intoxication, tandis que sur un terrain à grande réceptivité ils persisteront pour ainsi dire en vertu du mouvement acquis.

La neurasthénie cardiaque peut revêtir plusieurs formes qui toutes ont quelques caractères communs.

Le symptôme qui domine et duquel dépendent tous les autres, c'est l'extrême sensibilité du muscle cardiaque qui se manifeste par une sorte d'instabilité de son rythme. A l'état normal, le cœur n'est guère influencé par les excitations étrangères, ou du moins lorsqu'il l'est, c'est à notre insu et sans provoquer aucune sensation pénible. Chez le neurasthénique la plus petite émotion, l'évènement le plus futile accélère les battements et les rend douloureux.

Les palpitations constituent, en effet, le principal symptôme, celui dont le malade se plaint le plus, parce qu'il est constant et presque continu; cette fréquence ne peut s'expliquer autrement que par un défaut de résistance, une faiblesse acquise de l'innervation cardiaque. Qu'il s'agisse de faire un effort, de courir, de monter une côte, aussitôt les battements se précipitent d'une façon désordonnée et il semble au malade que son cœur va éclater dans la poitrine, qu'il se décroche. Parfois ils surviennent sans motif, un simple mouve-

ment, un changement de position suffit à les provoquer. Les impressions morales, le chagrin, une surprise portent le désordre au plus haut point. Aussi le malade s'éloigne-t-il le plus possible du monde, il s'isole pour ne pas être à la merci des caprices de son cœur. Il appréhende de se montrer en public, la vue des personnes étrangères le trouble.

Un symptôme sur lequel les auteurs ont beaucoup insisté dans ces derniers temps, c'est un sentiment de peur exagérée à l'occasion de causes banales, s'accompagnant au niveau de la région précordiale d'un schok indéfinissable. A l'état normal, la peur n'a qu'une influence passagère sur l'activité cardiaque ; l'équilibre se rétablit presque aussitôt ; chez le neurasthénique son action est à la fois plus étendue et plus durable. Il s'effraie pour rien, le moindre bruit le fait trembler, et produit des accès de palpitations qui se répercutent sur tout l'appareil circulatoire ; les artères battent avec violence, la face s'injecte ; il semble au malade que tout son sang va affluer à la tête. Chez quelques malades le cœur paraît, au contraire, faiblir ; ses contractions se précipitent, mais deviennent presque impuissantes à chasser le sang avec assez de force pour subvenir aux conditions ordinaires de l'irrigation cérébrale ; il survient alors des phénomènes d'anémie : la face pâlit, les extrémités se refroidissent, le sujet se plaint de vertige, quelquefois même il se produit une syncope.

Il est un dernier symptôme commun aux névropathes du cœur : c'est l'extrême facilité avec laquelle ils rougissent, non plus dans les limites ordinaires de la pudeur naturelle, mais dans les circonstances les plus indifférentes, à l'occasion d'un simple regard jeté sur eux, d'un mot mal lancé, d'un fait répréhensible commis en leur présence. La face rougit outre mesure, d'un rouge qui touche à la cyanose, une sensation insupportable de chaleur envahit toute la tête, s'accompagnant de vertiges.

Il est évident que le pouls qui n'est que l'expression périphérique des contractions cardiaques se modifiera dans les mêmes conditions que ces dernières. Dans tous les cas où le cœur battra d'une façon tumultueuse, le pouls s'accélère également ; le nombre des pulsations augmente rapidement, il peut monter de 80 à 150 et même 200, il change d'un instant à l'autre, ses qualités participent au désordre général ; il devient irrégulier, inégal, en même temps sa force varie : parfois il est bondissant, dur, d'autres fois faible et à peine perceptible.

A côté de ces symptômes, il faut citer, en premier lieu, les sensations douloureuses éprouvées dans la région précordiale. Le malade sent battre son cœur, sensation très pénible, dont il ne cesse de se plaindre et qui devient une véritable obsession, lui rappelant à chaque instant son affection. Au repos et lorsqu'il est couché, les battements se

transmettent jusqu'à la tête, comme autant de petits coups qui frapperaient les parties dures.

Il accuse des points douloureux dans la région qui recouvre l'organe, le sternum et même dans l'aisselle ; tantôt ils sont dépeints sous forme de lancées, de picotements, d'une sensation de barre transversale, de fer rouge, traversant le thorax de part en part.

La sensibilité et l'irritabilité sont ainsi mises en jeu par les excitations les plus légères. Tout l'organisme semble contribuer à faire durer et aggraver le mal.

Des diverses fonctions, celle de l'appareil digestif influence le plus l'activité cardiaque. Les rapports qui unissent les deux organes, l'influence qu'ils exercent normalement l'un sur l'autre expliquent comment, à l'état pathologique, des troubles de l'estomac sont capables de réagir sur le fonctionnement du cœur et réciproquement.

Parmi les affections du cœur, aucune ne paraît, plus que la neurasthénie, souffrir du travail de la digestion. Une ou deux heures après avoir mangé, le malade sent un vague malaise qui s'étend de l'épigastre et du sternum ; en même temps, surviennent des palpitations, la respiration se trouve gênée, le pouls s'accélère. Cette ébauche de dyspnée survient principalement après les repas copieux et l'ingestion de fortes quantités de boissons ; elle est plus marquée le soir et se prolonge parfois pendant la nuit entière.

Le plus souvent des troubles digestifs se joignent aux perturbations cardiaques, constituant alors la névropathie cérébro-gastro-cardiaque (1), qui se rapproche en beaucoup de points de la névrose cérébro-cardiaque décrite pour la première fois par Krishaber.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de la fréquence des phénomènes cérébraux dans les névroses du cœur ; l'activité cérébrale étant intimement liée à une parfaite régularité de la circulation des hémisphères, il est de toute évidence que toute affection perturbatrice du fonctionnement cardiaque doit retentir également sur le fonctionnement cérébral et produire parallèlement aux symptômes du côté de l'appareil circulatoire, une foule de troubles psychiques et sensoriels.

Dans nulle autre névropathie le moral et l'intelligence ne sont plus affectés. Le malade ne se sent plus le même, ses idées se troublent, sa mémoire présente des lacunes, son caractère se modifie, devient chagrin, morose, tout son être enfin témoigne d'une profonde dépression.

Jusqu'ici je n'ai décrit que d'une façon générale les symptômes observés dans la neurasthénie cardiaque. Il ne faudrait pas croire qu'on les rencontre au même degré chez tous les malades. La symptomatologie varie avec chaque cas, non seulement suivant les prédispositions individuelles,

(1) Thiébaud. — Thèse de Nancy, 1883.

mais encore suivant la période, et peut-être suivant la cause qui a été le point de départ de l'affection ; les émotions vives, les passions et les préoccupations qu'elles entraînent produisent plus volontiers les palpitations ; les intoxications par le tabac et l'alcool donnent plus souvent lieu, par le mécanisme indiqué plus haut, à la forme pseudo-angineuse.

En analysant les observations cliniques et en prenant pour base le symptôme dominant, on peut considérer deux formes principales.

Dans la première, les palpitations constituent toute la maladie. Ici encore il faut faire des distinctions. Il y a des cas légers dans lesquels elles ne se manifestent que par accès plus ou moins éloignés, exigeant pour se produire que la cause provocatrice soit assez violente. Ces accès peuvent durer plus ou moins longtemps, disparaître au bout de quelques heures, ou se prolonger pendant toute une journée, mais toujours ils survivent à la cause. Ils s'accompagnent d'un certain degré d'oppression, qui ne va jamais jusqu'à la dyspnée, et surtout de sensations très pénibles qui font par exemple dire au malade, que son cœur remonte, qu'il se passe à son niveau un mouvement d'ondulation perpétuel, qu'il va tomber, qu'il est dans l'eau, et mille autres impressions qu'il n'arrive pas à définir. En dehors de ces accès il accuse bien parfois une série de battements précipités qui durent peu, et avortent pour ainsi dire.

Dans l'intervalle peuvent survenir dans la région précordiale des sensations douloureuses, surtout le matin et après les repas. Rarement les nuits sont agitées, aussi l'état général reste-t-il bon.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et quelquefois il arrive que, sous l'influence d'excitations prolongées, chez des personnes éminemment impressionnables, les accidents deviennent de plus en plus fréquents, puis finalement le mal s'établit d'une façon continue.

Dans ces cas graves, le cœur est dans un état d'instabilité persistante ; il n'est pas une journée, pas une heure, qui ne puisse être marquée par le retour des symptômes tant redoutés. L'accélération des battements du cœur est presque permanente, avec des paroxysmes où elle s'exagère sous l'influence du moindre incident. Le simple fait d'y songer, la perspective de leur retour possible, suffit à les provoquer. Ces malades sentent et perçoivent par le cœur. Aussi sont-ils profondément à plaindre ; incapables de tout travail intellectuel ou physique, ils se retirent à l'abri du monde, dont ils ne supportent pas les passions, cherchant dans l'isolement quelques chances de soulagement.

Il arrive un moment où, à ces symptômes uniquement justiciables d'un défaut d'innervation, viennent se joindre des troubles mécaniques par insuffisance d'action du cœur. Épuisé dans son innervation, le muscle va se forcer à son tour. L'irrégularité du pouls, l'arythmie, la faiblesse

des bruits du cœur, sont les signes avant-coureurs de cette transformation. Le sang circulant difficilement, parce que l'organe central ne le chasse plus avec assez de force, on verra se produire des stases veineuses dans le poumon, le foie, de l'œdème des extrémités, des accès de dyspnée.

L'asystolie se superpose à la neurasthénie.

Comme deuxième forme, on peut décrire la pseudo-angine de poitrine névropathique.

Depuis qu'on a pénétré plus avant dans l'étude du syndrome désigné sous le nom de « angine de poitrine », on a reconnu que tous les cas étaient loin de se ressembler, qu'elle n'était pas toujours identique à elle-même, et que sous le couvert d'un certain nombre d'analogies, on avait confondu des états morbides différents, non pas tant par les symptômes, que par leurs allures générales, leur étiologie, leur développement et aussi leur pronostic.

L'angine de poitrine vraie est d'origine artériosccléreuse, c'est-à-dire qu'elle reconnaît pour cause la sclérose des artères coronaires, vaisseaux nourriciers du muscle cardiaque ; quelques auteurs l'attribuent en partie à l'inflammation du plexus cardiaque. Quelle que soit sa cause première, il est de fait qu'elle ne débute généralement que dans l'âge adulte, époque de prédilection pour le processus scléreux.

Elle surprend le sujet en pleine santé et du premier coup arrive à son summum d'intensité.

L'accès est caractérisé par une violente douleur dans la région présternale avec irradiations diverses dans le cou, l'aisselle, le bras ; douleur tellement vive qu'il semble au malade qu'il va mourir ; la respiration s'arrête, chaque mouvement du thorax exagérant la souffrance ; le visage est pâle, et exprime l'effroi ; le sujet reste ainsi pendant quelques minutes dans cet état d'angoisse indéfinissable et tout rentre dans l'ordre. Le retour des accès n'a rien de régulier, plusieurs mois les séparent l'un de l'autre, au moins au début, puis ils se rapprochent de plus en plus, jusqu'à ce qu'un accès ultime vienne entraîner la mort.

Rien de pareil dans la pseudo-angine de poitrine névropathique. Celle-ci peut éclater à tout âge, mais est surtout fréquente avant quarante ans ; elle survient sans cause apparente, à l'état de repos, sous l'influence d'une émotion, rarement, comme la première, à la suite d'une marche, d'un coup de vent ou d'un effort ; celle-ci procède par accès intermittents, celle-là se répète tous les jours, pendant plusieurs mois de suite ; elle est périodique et souvent nocturne.

Le symptôme dominant de cette angine est aussi la douleur, qui ne s'accompagne pas toutefois à un si haut degré de ce sentiment d'anéantissement si caractéristique de l'angine coronaire ; c'est plutôt une sensation de déchirement occupant le sternum et les parties voisines, mais s'étendant rarement au-delà des parois thoraciques.

A cette douleur se joint de la dyspnée qui lui survit presque toujours. Dans l'intervalle des accès, le malade n'est pas à l'abri des sensations pénibles, qui le tourmentent au point qu'en réalité il est plus malheureux que l'angineux vrai.

Le pronostic n'est pas le même ; tandis que dans la première, la mort subite est de règle, dans la seconde la guérison peut s'obtenir par un régime sévère et souvent le simple traitement moral. La terminaison n'est fatale que dans les cas de dégénérescences secondaires.

Envisagée d'une façon générale, la neurasthénie cardiaque diffère donc des affections organiques du cœur à beaucoup de points de vue : d'abord par l'absence de lésions matérielles se traduisant d'ordinaire par des signes physiques perceptibles à la vue et à l'ouïe ; par la prédominance des symptômes douloureux, son retentissement presque insignifiant sur la circulation générale, sa marche capricieuse, sa terminaison souvent favorable. C'est en se fondant sur ces particularités et en tenant compte du tempérament des malades, qu'on arrivera à établir le diagnostic dont l'importance ressort de ce qui vient d'être dit.

Cependant il ne faut pas oublier que si elle revêt, comparativement aux maladies organiques, un certain caractère de bénignité, le pronostic n'encourt pas moins certains dangers à cause des effets funestes sur l'état psychique et par suite sur l'état général du sujet.

Elle peut être grave pour une autre raison si les troubles persistent, si les palpitations se prolongent, la suractivité imposée au muscle cardiaque entraînera des modifications dans sa structure, de l'hypertrophie, et plus tard de la dégénérescence secondaire. Ainsi, maladie fonctionnelle tout d'abord, la neurasthénie cardiaque aboutit à des troubles organiques susceptibles de donner lieu aux phénomènes de l'asystolie aiguë ou chronique.

Neurasthénie respiratoire.

La neurasthénie respiratoire n'a encore suscité que peu de travaux. On a bien décrit les spasmes laryngés, la toux convulsive et la dyspnée des hystériques, mais on a semblé négliger jusqu'ici une foule d'autres troubles fonctionnels qui pareils à ceux de l'estomac et du cœur peuvent venir se greffer sur une lésion organique et donner lieu à une véritable névrose respiratoire.

La neurasthénie respiratoire peut être aussi variable dans ses formes que diverse dans ses causes.

Observation I, recueillie dans le service de M. le Professeur Bernheim :

B. M., jeune homme de 27 ans, journalier, ancien soldat en Afrique et au Tonkin où il a séjourné

pendant 2 ans 1½ et où pendant 6 mois il a souffert des fièvres et de la bronchite. Revenu à Nancy depuis le mois de décembre 1889, il a continué à avoir les fièvres jusqu'au mois de mars 1890. Depuis, il était bien portant. L'affection actuelle a débuté en décembre 1891 par une douleur qu'il indique à la partie inférieure de l'aisselle droite et qu'il croit être survenue à la suite de grands efforts de travail; il déchargeait des voitures toute la journée. Cette douleur d'abord intermittente était devenue continue au bout de quinze jours, en même temps qu'elle gagnait en intensité et en étendue, si bien que du centre primitif, elle s'irradiait maintenant en bas jusqu'à l'épigastre et en haut jusqu'à la partie supérieure du sternum. Il n'eut jamais de fièvre. Mais depuis le début il ressent une certaine oppression qui l'empêche de respirer; l'oppression varie d'intensité, elle survient par accès et alors il est forcé de s'asseoir dans son lit ou de s'appuyer contre un plan résistant pour mieux respirer. L'appétit était perdu pendant huit jours; actuellement il est bon de même que la digestion, les selles sont régulières.

Depuis le 25 décembre, il ne travaille plus à cause des douleurs et de l'oppression. Les forces n'auraient cependant pas diminué. Il s'ennuie beaucoup, son mal le tracasse; il voudrait travailler, mais n'en a pas le courage, de peur de réveiller les symptômes.

Le malade dit être très nerveux, colère, impres-

sionnable. Antécédents nerveux du côté de la mère. Traitements antérieurs : 4 sinapismes, vésicatoires, huile chloroformée, pilules d'opium.

L'examen montre que le malade jouit d'une bonne constitution. La température est normale ; le pouls est régulier, égal.

Pendant qu'on l'examine, son attention ayant été appelée sur l'état anormal de sa respiration, il est pris d'une série de respirations profondes assez rapides, entrecoupées de petites quintes de toux sèche, qui persistent pendant tout le reste de l'examen, en même temps que la face se congestionne et que le pouls s'accélère ; tout rentre dans l'ordre aussitôt qu'on l'abandonne à lui-même. Pendant ces petits accès qui surviennent, dit-il, à la moindre émotion et chaque fois qu'il essaie de travailler, il se sent oppressé, comme si la respiration allait s'arrêter ; au repos il ne sent rien ; quelquefois l'oppression suit les repas, pendant la nuit il est très calme ; mais le matin, dès qu'il est levé, les accidents reviennent avec les douleurs.

A l'examen du thorax on ne trouve rien d'anormal, la respiration est nette partout, la pointe du cœur bat dans le cinquième espace, en dedans du mamelon, les bruits sont nets. Le malade n'accuse pas de battements de cœur. L'estomac n'est pas dilaté, les repas ne sont pas suivis de renvois ni de régurgitations.

Ce malade rentre évidemment dans la classe des névropathes de par son hérédité et peut-être

par les excès de toutes sortes commis pendant son service militaire. En même temps que les fièvres, il avait eu une bronchite en 1889. Deux ans après à la suite d'une douleur, il ressentit pour la première fois de l'oppression ; à partir de ce moment, cette dernière alla en augmentant au point qu'il dut cesser de travailler. Les caractères des accès, le rythme anormal de la respiration, les petites quintes de toux sèche, la cyanose prouvent que c'était l'appareil respiratoire qui était en faute. Maintenant quel rapport y a-t-il entre la douleur primitive et les accidents dont il vient d'être parlé ? Il est probable que par le retentissement qu'elle a eu sur la paroi thoracique, elle a produit un certain degré de contracture des muscles ; cette immobilité partielle, à son tour, a donné naissance à de l'oppression qui a pu facilement s'implanter sur un terrain éminemment réceptible.

Cette première forme de névrose respiratoire est assez fréquente ; il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des sujets qui à la suite d'un coup sur la poitrine, d'une névralgie, d'un effort, commencent à ressentir, au bout de quelques jours, un certain degré d'oppression. La douleur persistant, grâce à l'impressionnabilité excessive du sujet, il arrive un moment où son apparition réveille fatalement la gêne de la respiration. Par une sorte d'autosuggestion inconsciente, il s'établit une association entre les deux symptômes douleur et oppression ; celle-ci persiste, alors même que celle-là

a cessé d'être. Au repos, rien, chez ces personnes, ne trahit la maladie ; elles respirent normalement, leur face n'est pas cyanosée ; elles continuent même à pouvoir s'occuper : mais dès que leur attention est sollicitée soit directement, soit par un effort ou une marche pénible, alors la respiration devient haletante, rapide ; comme s'il y avait manque d'air. C'est surtout pendant l'examen que ces phénomènes se manifestent au plus haut degré ; plus le médecin met d'insistance à trouver par l'auscultation la cause de la dyspnée, plus cette dernière augmente ; en réalité ni la percussion, ni l'auscultation ne donnent aucun renseignement ; les symptômes cessent aussitôt que le malade est abandonné à lui-même et qu'il échappe non seulement à l'examen des autres, mais encore au sien propre. C'est à ces malades qu'on pourrait appliquer la description suivante de Saudras :

« La respiration est modifiée par l'état nerveux d'une manière bien singulière. Quel médecin, par exemple, n'a entendu cette toux, petite, sèche, saccadée, propre à l'état nerveux ? La plus légère émotion la provoque ; moins que cela, il suffit souvent de la présence, de l'entrée dans un salon, où l'on cause tranquillement, de la personne la plus insignifiante, il suffit qu'il y ait nécessité de prendre part à la conversation la plus ordinaire, il suffit d'entendre parler autour de soi, d'une voix plus haute et plus animée que de coutume. A plus forte raison, cette toux se montre-t-elle aussitôt

que la moindre émotion, de quelque nature quelle soit, s'ajoute aux causes que je viens d'indiquer ! Les mêmes personnes, grâce à leur état nerveux, toussent aussitôt que le moindre froid se fait sentir, aussitôt qu'il fait chaud et trop sec, aussitôt que règnent certains vents, certaines bourrasques, aussitôt qu'il tombe de la neige ou de la grêle. Puis encore la même chose arrive, quand elles mettent dans leur bouche des substances de haut goût, des acides trop actifs ; quand les organes subissent quelque modification, par exemple, à l'approche des règles chez les femmes ; dans les deux sexes, quand il y a pléthore quelconque ou perte considérable de quelque espèce que ce soit.

Les personnes, sujettes dans l'état nerveux à la toux dont je viens de parler, sont prises très souvent d'une sorte d'étouffement. Elles sentent que l'air leur manque, elles éprouvent une oppression semblable à celle que leur causerait le manque absolu de respiration. Tantôt c'est à la gorge qu'elles sont prises, comme s'il se faisait un resserrement de la glotte, qui empêchât l'air de passer ; il y a une sensation vive d'étranglement. Tantôt c'est à toute la poitrine que la gêne est rapportée. »

La névropathie respiratoire peut se greffer sur des affections pulmonaires et même coexister avec elles, alors elle revêt souvent la forme asthmatique.

L'asthme, comme on sait, a été interprété diffé-

remment. Pour quelques auteurs ce ne serait pas une maladie, mais un symptôme secondaire dû aux troubles du cœur, du poumon, des gros vaisseaux. Généralement on admet un asthme essentiel, maladie *sui generis* sur la nature de laquelle, vu l'absence de lésions concomitantes, il est impossible de se prononcer avec certitude.

La nature franchement spasmodique des crises d'asthme, les allures presque brutales qu'elles affectent dans leur apparition, leur origine émotive permettent cependant de penser que le système nerveux intervient pour une grande part dans leur manifestation. L'asthme essentiel paraît être le résultat d'une hyperexcitabilité innée du nerf vague. L'asthme nerveux qui se superpose à certaines maladies chroniques des voies respiratoires et particulièrement à l'emphysème est plutôt d'origine psychique; il ne se développe que chez des névropathes ayant eu à souffrir antérieurement de la respiration. L'observation suivante est un exemple de cette forme d'asthme.

Observation II, recueillie dans le service de M. le Professeur Bernheim :

Il s'agit d'une femme de 37 ans, mariée, mère de quatre enfants, entrée à l'hôpital pour une broncho-pneumonie dont la défervescence se fit graduellement et se termina le septième jour. Depuis, elle va bien, mais continue à avoir des accès d'asthme. Il faut ajouter qu'elle accuse de l'oppression depuis près de trois ans : quand elle monte un

escalier, elle est essoufflée, elle ne peut sentir le goût de graisse brûlée.

Trois fois par jour, elle a des crises de quintes de toux d'une à deux heures : au lever, pendant la journée et à son coucher. Depuis près d'un an ces accès augmentent de violence et reviennent régulièrement, accompagnés de congestion de la face et de sueurs. Elle a de plus, toutes les nuits, de véritables accès d'asthme nocturne, précédés de cauchemar ; elle est réveillée en sursaut, est forcée de s'asseoir dans son lit. Cet accès dure de onze heures du soir à quatre heures du matin, s'accompagne de sifflements, mais non d'expectoration. Le lendemain, au lever, elle est prise de maux de tête jusqu'à dix heures du matin. Depuis sa dernière broncho-pneumonie les accès nocturnes se répètent toutes les nuits si bien que la malade ne dort presque plus.

La constitution est bonne, le tempérament nerveux. Les veines thoraciques sont légèrement dilatées, la pointe du cœur se trouve au cinquième espace un peu en dehors de la ligne mamellaire. Le pouls est régulier, égal. Les bruits du cœur sont normaux, sans souffle. L'auscultation du poumon dénote un certain degré d'emphysème, l'inspiration est en général rugueuse, l'expiration faible.

Chez cette malade il y avait donc deux choses : de l'emphysème sur lequel étaient venus se greffer des accès d'asthme nerveux. Par elle-même l'ec-

tasie alvéolaire peut donner lieu à de la dyspnée, tant qu'elle n'atteint pas un développement extrême et que le cœur droit fonctionne, cette dyspnée ne revêt pas la gravité qu'elle affectait chez le malade en question. L'élément nerveux était venu, chez cette dernière, se surajouter à l'élément organique pour produire le retour régulier des accès ; à la faveur de l'emphysème avait pris naissance une véritable névropathie pulmonaire.

Ce qui le prouve d'ailleurs, c'est que cette femme a été guérie au bout de peu de jours, par suggestion, de cette partie pour ainsi dire artificielle de sa maladie. Commencé le 22 novembre, le traitement continua jusqu'au 1^{er} décembre, époque à laquelle elle put se faire opérer pour un prolapsus utérin. A cette époque la malade était très calme, elle ne toussait presque plus pendant la journée ; dans la nuit elle se réveillait encore deux ou trois fois, mais se rendormait très vite sans toux ni oppression. Le matin, elle ne ressentait plus de céphalalgie.

Dans cette observation, la dyspnée, se manifestant sous forme d'accès d'asthme, était greffée sur une lésion actuelle ; elle peut survivre à des lésions guéries, comme dans le cas de ce jeune homme traité et guéri par suggestion dans le service de M. le Professeur Bernheim, d'un point douloureux dans le sixième espace intercostal et d'oppression purement subjective, existant depuis deux ans à la suite d'une poussée tuberculeuse,

dont il ne restait pas de grandes traces à l'auscultation (1).

Enfin, il existe une forme de névrose respiratoire complexe que M. Bernheim a désignée sous le nom d'hystérie respiratoire et cardiaque, caractérisée par des crises de dyspnée très intense, avec respiration courte, fréquente, suspirieuse, spasmodique, régulière, comptant plus de cent par minute, accélération du pouls qui peut monter jusqu'à 150 ; en même temps, la face est pâle et anxieuse, tandis que la région précordiale devient le siège d'une douleur intolérable. Dans une observation rapportée par l'auteur (2), les crises se répétaient presque tous les jours et duraient quelquefois plusieurs heures de suite. Toutes les médications avaient échoué ; la morphine était donnée à haute dose ; malgré cela, l'affection durait depuis trois ans et un dénouement fatal était à craindre, quand la suggestion y mit fin.

Quelquefois, l'élément respiratoire semble être seul en jeu ; la névrose n'est constituée que par une accélération des mouvements de la respiration qui devient bruyante, saccadée, sans qu'il y ait dyspnée dans le véritable sens du mot. Le sujet ne se plaint pas de manquer d'air, sa face n'est pas cyanosée.

Ces dernières formes naissent en général spon-

(1) Bernheim, *Hypnotisme*, page 409.

(2) Id. Id. *Observ.* XXVII, p. 311.

tanément chez des sujets considérés comme hystériques.

Neurasthénie génitale.

On pourrait répéter ici ce qui a été dit précédemment à l'occasion de chaque variété de neurasthénie locale : pour se développer, deux conditions sont nécessaires, d'une part une prédisposition de l'individu, un état spécial, un désordre du système nerveux, d'autre part des excitations prolongées et exagérées dans le domaine particulier destiné à devenir le siège de la névropathie.

La faiblesse irritable des organes génitaux ou neurasthénie sensuelle, abstraction faite du premier facteur, peut avoir de nombreuses causes, c'est-à-dire l'excitation provocatrice peut être variable et partir de points divers. La plus fréquente est sans contredit l'abus des plaisirs sensuels, qui créent dans le centre génito-spinal et dans les nerfs qui en émanent une impressionnabilité excessive, une faculté de réaction que réveillera la moindre excitation. Puis viennent une foule d'autres causes morbides jouant le rôle d'excitant anormal à l'égard du centre génito-spinal. « Il s'agit tantôt d'une lésion de l'urèthre (blennorrhagies anciennes et répétées) tantôt d'une altération des organes de sécrétion ou des voies d'excrétion, (lésion des vésicules séminales, des canaux éjacu-

lateurs) ou même d'une constipation opiniâtre, de l'existence d'hémorroïdes, de la présence dans l'intestin d'ascarides lombricoïdes. » (Legrand du Saulle). En un mot cette diminution de résistance, cette susceptibilité pathologique peut naître sous l'influence de tout ce qui met en jeu, d'une façon directe ou indirecte, les parties du système nerveux qui président aux fonctions génitales.

La neurasthénie sexuelle se traduit par une série de troubles qui vont en augmentant avec la durée de l'affection. Aussi peut-on, d'après Krafft-Ebing qui a publié sur cette question d'importants travaux, lui considérer trois phases.

Dans la première, la névrose génitale est encore toute locale. Les symptômes consistent en pertes séminales involontaires avec érection survenant surtout pendant le sommeil. Elles se répètent d'une façon régulière trois ou quatre fois par semaine d'abord, ensuite plus souvent. Au bout de quelque temps elles ne s'accompagnent plus des phénomènes préparatoires ordinaires et ne sont plus précédées du sentiment de plaisir habituel. En même temps le malade devient inapte au rapprochement sexuel, il éprouve une sorte de gêne, d'incommodité locale tenant aux modifications organiques et fonctionnels survenus dans l'organe génital à la suite de l'état de congestion incessant dans lequel il se trouve. Il accuse des sensations douloureuses dans le domaine du plexus sacré, des élancements dans la partie supérieure des

membres abdominaux, la miction devient parfois pénible, l'urine est brûlante ; néanmoins le sujet n'est pas encore trop déprimé, il continue à s'occuper, à lutter contre son mal par le travail ; la nutrition se fait dans des conditions assez satisfaisantes. Dans ce stade, le pronostic est favorable quand le malade renonce à ses habitudes nuisibles et suit l'hygiène de la vie sexuelle. Dans les cas d'origine périphérique Krafft-Ebing conseille de supprimer les causes d'excitation des organes voisins, de remédier par une diète sévère et par une médication calmante aux incommodités fonctionnelles, enfin et surtout d'avoir recours au traitement moral auquel il attache une grande importance.

Le second stade est caractérisé par un état d'érection presque continu : le sens génital est constamment en éveil et entre en activité sous l'influence de la moindre provocation. Les pertes qui antérieurement étaient exclusivement nocturnes ont lieu maintenant pendant le jour : la vue d'un spectacle sensuel, la lecture d'une page coupable, une idée voluptueuse suffisent pour les produire ; plus tard elles se renouvellent spontanément sans excitation étrangère, par habitude, comme si une aptitude fonctionnelle nouvelle et désormais persistante était créée. Chaque perte est suivie de sensations pénibles, d'un sentiment indéfinissable d'accablement, presque d'anéantissement moral. Le malade devient impuissant par impossibilité

du rapprochement et par altération de la liqueur séminale.

Arrivée à ce degré, la neurasthénie génitale donne bien des troubles profonds du physique et du moral. Sous l'empire d'une lassitude continue, la lutte contre l'insomnie, le malade tombe dans l'abattement, le courage l'abandonne, les fonctions s'altèrent, l'appétit diminue, les digestions se font mal, il se plaint de palpitations, de douleurs erratiques, qui de jour en jour s'accroissent. La face est pâle, anémiée, et dénote une grande prostration; en même temps se développe l'affaiblissement musculaire. L'intelligence est atteinte à son tour, la conception devient lente, les idées s'obscurcissent, la mémoire présente des lacunes, l'imagination est sans cesse inquiète.

A ce moment commence la troisième période. La névrose s'est généralisée, la neurasthénie générale s'est ajoutée à la neurasthénie locale. Il est rare que l'affection arrive à ce stade. Ordinairement les symptômes s'amendent en partie si le malade a eu le courage de changer son genre de vie, ou si un traitement approprié est venu mettre fin aux causes d'excitation liées à un état inflammatoire. Toutefois, lors même qu'il jouit d'une guérison relative, il reste sous le coup de l'excitabilité anormale de son sens génital que le retour aux anciennes habitudes mettra de nouveau facilement en branle.

Dans la sphère génitale, il existe d'autres né-

vroses, dont la connaissance montre d'une façon évidente l'influence de l'élément psychiques comme facteur pathogénique. L'impuissance en particulier est souvent le résultat d'une émotion ou d'une impression vive, qui, ressentie une première fois, se répète infailliblement à chaque nouvel essai et produit ainsi une paralysie psychique. Tel est le cas de cet homme dont l'observation est relatée par M. le Professeur Bernheim (1). Marié depuis plusieurs années avec une femme qu'il aimait, il n'avait jamais pu accomplir l'acte, tandis qu'avec une autre femme dont il avait fait sa maîtresse il possédait ses facultés viriles.

L'onanisme, le satyriasis et la nymphomanie peuvent également être considérés, dans la majorité des cas, d'origine suggestive.

ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC.

Dans le cours de l'étude, j'ai insisté à plusieurs reprises sur l'étiologie et le diagnostic des neurasthénies locales. Aussi n'est-il pas nécessaire d'y revenir longuement, et quelques notions générales suffiront-elles à résumer ce qui a été dit à propos de chacune d'elles.

Le facteur étiologique, qui prime tous les autres, est ce qu'on appelait autrefois la diathèse. Par diathèse, il faut entendre une prédisposition générale à contracter un certain nombre de maladies qui sont supposées avoir un lien commun. Qu'on l'appelle dans le cas particulier nervosisme, état nerveux, il est certain qu'elle joue un grand rôle dans le développement des neurasthénies locales. Le plus souvent, elle est héréditaire ; cependant, elle peut naître de toutes pièces chez les individus nés sans tare, mais soumis pendant longtemps à des causes déprimantes. Pour être nerveux, on n'en est pas pour cela névropathe, « on peut être nerveux sans être névropathe comme on peut être lymphatique sans être scrofuleux. Le tempérament nerveux prédispose aux névropathies, comme le lymphatisme prédispose à la scrofule. » (1)

(1) Bernheim. Revue de l'hypnotisme, février 1892.

Il y a entre les deux états toute la distance qu'il y a entre l'état physiologique et l'état pathologique.

Aussi le nervosisme n'est-il qu'une cause prédisposante, qui exige le concours d'autres causes dites occasionnelles. Parmi ces dernières, il faut citer en premier lieu le traumatisme. Dans ces dernières années, on s'est beaucoup occupé des névroses traumatiques; on a décrit l'hystérie et la neurasthénie traumatique. Celle-ci succède, en effet, très souvent d'emblée aux ébranlements violents; dans quelques cas cependant, surtout quand le traumatisme est léger, les troubles se localisent au début et restent ainsi fixés dans un siège limité, en revêtant tous les caractères d'une névropathie locale; un coup sur la tête donnera lieu à de la céphalalgie persistante, une contusion du sein laissera après elle une névralgie mammaire; à l'avulsion d'une dent, succèdera ce que M. Galippe a appelé l'obsession dentaire. Dans l'étiologie des névropathies périphériques, on peut mentionner encore les névralgies liées à un processus inflammatoire, celles qui sont sympathiques d'affections viscérales, comme les points épigastrique et intercostal.

Les névropathies viscérales peuvent naître de deux façons: soit à la suite de lésions organiques antérieures, telles les neurasthénies pulmonaire et génitale, soit encore à la suite d'émotions morales répétées. Une émotion suffit parfois à trou-

bler la digestion ; n'est-il pas logique d'admettre qu'à la longue elle puisse produire des troubles fonctionnels persistants ? De même, combien voit-on de personnes faire remonter leurs palpitations à une frayeur, à la perte d'un parent, à des préoccupations financières, à une passion mal récompensée ! D'autre part, le surmenage intellectuel est souvent cause de dyspepsie nerveuse et de battements de cœur.

Les intoxications par l'alcool et le tabac, en diminuant la résistance de certains organes, peuvent déterminer chez les sujets prédisposés l'explosion de troubles durables.

C'est de 20 à 45 ans, c'est-à-dire pendant la période de la plus grande activité physique, intellectuelle et sexuelle, que la neurasthénie locale s'observe le plus. C'est aussi l'époque où nous sommes le plus exposés aux traumatismes, où toutes les fonctions arrivées à leur entier développement fournissent la plus grande somme de travail.

Elle frappe également les deux sexes et s'attaque à toutes les classes de la société ; elle n'est pas le propre des riches ni des raffinés de l'esprit ; l'ouvrier, le paysan lui paient un large tribut ; il n'est pas de jour où, dans nos consultations, on ne voie se présenter des malades traînant misérablement un mal dont rien ne peut triompher. La seule différence qui existe peut-être entre eux,

c'est que chez ces derniers elle se diffuse moins rapidement.

Le diagnostic doit reposer d'abord sur ce fait qu'il y a absence de lésions, puis sur les caractères mêmes des symptômes, leur marche et leur réaction sur l'état général, enfin sur la connaissance des antécédents. Dans une étude générale il serait fastidieux et presque impossible de rechercher et d'examiner le nombre presque infini des confusions auxquelles on sera exposé. Indiquer ce qu'il y a de commun entre les différentes névropathies locales et ce qui les distingue des affections organiques à symptômes similaires, c'est montrer la voie sur laquelle on sera le moins exposé aux erreurs.

La première chose à faire, c'est donc de s'assurer qu'on n'est pas en présence de troubles matériels. Théoriquement cela paraît impossible dans le plus grand nombre de cas. Comment en effet rechercher sur un malade si une névralgie est le résultat d'une névrite ou simplement dynamique, si des troubles digestifs sont liés à un processus inflammatoire de la muqueuse stomacale ou justifiables d'une innervation viciée? D'ailleurs une névropathie peut succéder à une lésion organique et même se greffer sur elle.

La clinique fournit des signes qui permettent d'établir le diagnostif différentiel. Voyons d'abord ce qu'elle nous enseigne dans les névropathies où la douleur constitue le symptôme prédominant.

La névralgie ordinaire répond toujours au trajet connu d'une branche nerveuse, elle présente des rémissions; les accès se montrent indifféremment à toutes les heures de la journée et de la nuit; la douleur s'étend le long du nerf, soit dans sa totalité, soit dans une de ses portions; elle augmente par la pression, surtout aux points les plus superficiels du trajet nerveux; elle peut s'accompagner de troubles trophiques: rougeur et éruptions. Dans la névropathie douloureuse la douleur siège par plaques, occupant un espace variable, ne correspondant en aucune façon à un territoire anatomiquement délimité; souvent elle reste cantonnée dans son domaine primitif, quelquefois elle s'irradie de ce centre en différents sens, les irradiations ne présentent jamais les caractères d'intensité de la douleur fixe. Celle-ci est variable comme forme, mais continue dans la journée, disparaissant au contraire pendant la nuit, la pression la calme parfois. Elle peut cesser momentanément, quand l'attention est fortement distraite par le travail ou un traumatisme moral, pour reparaître aussitôt que le malade est de nouveau livré à lui-même. On ne constate pas de points douloureux, mais on en crée facilement par suggestion; rarement on constate de l'hypéresthésie cutanée ou des modifications vasomotrices. Son évolution est très lente et par les préoccupations qu'elle engendre, retentit fatalement sur l'organisme entier.

On pourrait en dire autant des névropathies viscérales. Leur nature nerveuse se reconnaîtra dans ce fait que, malgré la persistance des troubles, la fonction est conservée. Le neurasthénique gastrique continue à manger et à bien digérer, le neurasthénique cardiaque ne présente pas de phénomènes d'asystolie. D'autre part les symptômes sont indépendants jusqu'à un certain point de l'activité fonctionnelle de l'organe, même lorsqu'elle dépasse la mesure normale. Ils sont plutôt soumis aux influences morales et psychiques qui leur impriment ce caractère de diversité et de versatilité que n'ont pas les affections viscérales organiques.

Malgré toutes ces données, il est des cas difficiles où le diagnostic reste en suspens. Alors la suggestion peut devenir la pierre de touche. Si elle réussit, on peut conclure que les troubles étaient purement dynamiques ; s'il y avait une affection organique quelconque, la suggestion pourrait dans une certaine mesure amender les symptômes en éliminant de la scène les effets purement dynamiques greffés sur la lésion elle-même ; mais les symptômes ressortissant directement de la lésion persisteront.

Les douleurs si fréquentes de l'hystérie revêtent quelquefois une grande intensité et par leur fixité deviennent le point de départ d'une névrose locale, elles augmentent par la pression qui détermine souvent d'autres accidents hystériques tels que

tremblements, secousses, enfin de véritables crises qui évoluent au gré de l'opérateur. Au reste, il serait difficile d'établir des distinctions entre les névropathies décrites plus haut survenant chez des malades considérés comme non hystériques et celles observées sur des sujets manifestement hystériques. Il n'y a pas de limites bien précises entre l'hystérie et la névropathie ; qu'on qualifie d'hystériques les crises consulsives, l'hémianesthésie, rien de plus juste ; mais n'a-t-on pas détourné le terme de son sens primitif, en l'appliquant à une foule d'autres troubles fonctionnels, considérés sans plus de raison comme hystériques et qui ne relèvent en somme que de la névropathie.

Mais il ne faut pas confondre les neurasthénies locales avec les hypochondries locales. L'hypochondrie peut être entendue de diverses façons ; tantôt elle sert à exprimer l'état d'un individu affecté au plus haut degré par le développement excessif d'une affection ; tantôt au contraire, ce terme désigne une véritable vésanie caractérisée par ce fait que le malade accuse des sensations toutes subjectives qu'il rattache faussement à des lésions organiques et dont il ne peut être détrompé. L'hypochondriaque vrai a l'intelligence atteinte, il a des conceptions erronées ; la préoccupation hypochondriaque se systématise quelquefois sur une partie limitée de l'organisme, sur un organe et pourrait être confondue alors avec la neurasthénie

locale si la suggestion qui est impuissante contre la première ne venait lever tous les doutes.

Le pronostic est en général favorable. Cependant il ne faudrait pas aller jusqu'à croire que la névropathie locale est tout à fait inoffensive et dire qu'une affection sans lésion, sans troubles matériels perceptibles n'est que l'effet d'une imagination exaltée, une affection imaginaire, qui doit guérir par la seule volonté du sujet.

Assez bénigne quand elle est prise au début, elle peut devenir, si elle se prolonge, grave à un double point de vue : d'abord par les lésions qu'elle amène à la longue, là où primitivement il n'y avait qu'une perturbation dynamique ; le cœur neurasthénique s'hypertrophie et son muscle dégénère. Chaque organe étant adapté à une fonction déterminée, si cette fonction s'altère ou se modifie d'une façon persistante, des modifications parallèles surviendront dans la structure de l'organe ; quand le but n'est plus le même, les moyens changeront à leur tour.

D'autre part, par la dépression morale qu'elle engendre, elle met le malade dans une situation des plus défavorables, non seulement à son développement intellectuel, mais encore à son activité physique. Elle peut conduire aux psychoses, notamment à l'hypochondrie et à la mélancolie ; l'organisme déchu devient une proie facile aux infections extérieures ; les neurasthéniques des hôpitaux se tuberculisent aisément.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la neurasthénie locale se trouve renfermée en quelques mots dans la définition donnée plus haut : « un ou plusieurs troubles sensitifs ou fonctionnels, greffés sur une lésion organique guérie ou légère ou sur une cause fortuite dont le retentissement psychique seul persiste. »

L'étude de la pathogénie doit comprendre deux parties distinctes : dans la première doivent être indiquées toutes les causes étrangères qui peuvent devenir le point de départ de névroses locales ; dans la seconde, la plus importante, il faudra montrer comment ces causes agissent et par quel mécanisme elles produisent la neurasthénie locale.

En tête des causes occasionnelles il faut placer le traumatisme. Après les nombreux travaux parus en France et en Allemagne dans ces dernières années, travaux parfaitement résumés par un élève de l'Ecole de Nancy dans sa thèse inaugurale (1), il est inutile d'insister longuement sur ce sujet. Le traumatisme est une cause fréquente de névrose locale ; grave ou léger il peut donner lieu à une foule de phénomènes pathologiques dans la

(1) Cosserat. Contribution à l'étude de l'hystérotraumatisme. Année 1890.

sphère sensitive et motrice ainsi que dans le domaine viscéral. Comme troubles sensitifs on peut citer les douleurs locales, l'hypéresthésie avec irradiations douloureuses, qui succèdent, par exemple, à un coup sur la tête, à une blessure d'un membre, à l'extraction d'une dent ; dans la sphère motrice, les contractures musculaires, les arthralgies et particulièrement les coxalgies nerveuses déjà décrites par Brodie peuvent se développer à la suite d'un traumatisme : enfin, moins rarement on voit apparaître des troubles viscéraux tels que la dyspepsie, des palpitations.

En deuxième lieu les névroses locales peuvent se greffer sur des affections antérieures, c'est ainsi qu'à l'emphysème s'ajoutent des crises d'asthme nerveux, qu'à une ancienne typhlite se rattachent des accès de contracture excessivement douloureux des muscles abdominaux et du cœcum, accès simulant un étranglement interne (1), qu'une maladie de cœur peut se manifester par toutes sortes de troubles nerveux, palpitations, points douloureux précordiaux, dyspnée, alors même que la compensation est parfaite et que la circulation n'est gênée en aucune façon ; c'est ainsi encore qu'une cystite guérie peut être suivie de ténésme vésical, de besoins fréquents d'uriner. Il n'est pas de lésion organique qui ne puisse être le point de

(1) Bernheim. Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. *Observat.* XVII, page 270.

départ de symptômes nerveux sensitifs ou fonctionnels, qui ne puisse, comme dit Trousseau, être l'occasion d'une névrose qui en reste indépendante « puisque la lésion organique, n'en étant pas d'ordinaire accompagnée, ne saurait être regardée comme la cause essentielle. »

Pour montrer qu'elle est indépendante, il suffit de citer un autre groupe de névroses, qui ne sont plus comme les précédentes justiciables d'un traumatisme, ou d'un processus pathologique antérieur ; dans ce groupe on peut ranger toutes celles qui se développent à la suite d'une émotion ou d'une impression psychique quelconque ; la frayeur, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la perte d'un parent, peuvent devenir l'origine de palpitations persistantes, de vomissements durables ; l'idée d'être menacée du cancer provoque chez certaines femmes des névropathies douloureuses de la région mammaire.

Il est enfin une dernière classe de névroses locales qu'on ne peut attribuer à aucune des causes précédentes ; celles-ci naissent pour ainsi dire fortuitement chez les hystériques et les névropathes par un mécanisme encore inconnu, peut-être à la suite d'une impression dont le malade n'a pas eu conscience, peut-être aussi en raison d'un manque de résistance inné d'une innervation locale. On sait que la dyspepsie et les palpitations sont l'apanage de certaines familles, en vertu d'une hérédité similaire partielle. « Les fonctions

du cerveau sont transmissibles par hérédité comme l'est elle-même la structure de cet organe ; on connaît l'hérédité de la mémoire, celle des habitudes. » (1). Est-il contraire à la logique de penser que des modifications acquises d'autres organes puissent se perpétuer et devenir un mode constant chez les descendants ? Quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse, elle n'intervient que dans la minorité des cas, et le plus souvent il est possible de retrouver, comme cause occasionnelle des névroses locales, un traumatisme physique ou moral. Cette cause n'agit que comme agent provocateur, par elle-même, elle ne saurait créer une maladie durable.

« Pour le développement de la maladie, dit Oppenheim, à propos de la pathogénie des névroses traumatiques, il ne faut accorder au trauma physique qu'une part d'influence. Le rôle principal est joué par l'état mental, à savoir l'effroi et l'ébranlement moral.

La blessure crée sans doute des suites directes, mais qui n'auraient en général aucune importance essentielle si le moral, pathologiquement altéré dans sa réaction anormale sur les douleurs corporelles, ne créait une maladie durable ». (2).

Si ces causes ne peuvent rendre compte de la persistance des troubles, il est un autre facteur dont la connaissance jette un grand jour sur la

(1) Déjéreaux. — De l'hérédité dans les affections du système nerveux.

(2) Oppenheim. Die traumatische Neurosen.

pathogénie : ce facteur, c'est l'élément psychique dont l'importance a été démontrée et vivement mise en lumière par l'Ecole de Nancy.

L'élément psychique a sa part d'action dans toutes les maladies : « Les maladies nous gâtent le jugement et le sens ; et si les grandes l'altèrent sensiblement, je ne doute pas que les petites n'y fassent impression à proportion (1) ».

Chacun de nous est malade à sa façon et réagit suivant ses dispositions individuelles ; les uns réagissent à l'excès sous la moindre excitation, qui ne provoquera chez les autres qu'une impression passagère, c'est dans l'exagération de l'impressionnabilité que réside une des grandes causes des névroses locales ; c'est elle qui fait qu'un traumatisme peut laisser à sa suite une série de troubles sensitifs ou fonctionnels, alors même qu'il n'existe pas de trace d'un désordre matériel.

Si l'organisme qui en est frappé est pourvu dans les conditions normales, il interprêtera telle quelle la sensation suivant son intensité réelle et sa nature intrinsèque. L'accident traumatique produit alors les effets naturels que lui assigne son caractère ; le phénomène est simple et l'on peut dire que l'être psychique se laisse docilement traverser par cette excitation, sans la prolonger, sans la dénaturer, sans la faire dévier de sa cause et de ses effets. L'interprétation subjective ne dépasse pas la réalité objective. Si, au contraire, ce trauma-

(1) Pascal. Pensées.

tisme atteint un individu à réceptivité plus grande, la sensation sera plus vive et plus durable et par l'effet d'un travail psychologique [inconscient, elle se fixera dans le sensorium.

Etre impressionnable c'est au point de vue moral obéir à toutes les suggestions nées en nous-mêmes ou venues du dehors, c'est répondre avec intensité à toutes les excitations, c'est exagérer les impressions et sensations reçues, les retenir d'une façon plus ou moins persistante lorsque la cause excitatrice a cessé d'agir.

Le nombre est grand de ces sujets dont le tempérament est ainsi constitué; c'est surtout sur ces organismes que les névroses locales ont le plus souvent et le plus facilement prise.

Chez eux la plus faible excitation, non seulement pénètre dans le sensorium, mais devient la source d'idées suggestives qui transforment la sensation, l'amplifient et la détournent de sa véritable signification.

Une crampe musculaire, une myalgie suggèrent l'idée d'une maladie nerveuse ou rhumatismale. Les sensations viscérales diverses, picotement laryngé, borborygmes, intermittences cardiaques sont recueillies par le cerveau, interprétées par lui et souvent traduites en conceptions hypochondriaques (1).

C'est ainsi qu'on voit des malades conserver, au

(1) Bernheim. Hypnotisme, suggestion, psychothérapie.

niveau d'une ancienne plaie guérie, une sensibilité exagérée que le plus léger contact suffit à mettre en jeu; que d'autres, se sachant atteints d'un souffle au cœur, continuent à avoir des palpitations et des douleurs précordiales, alors même que l'affection est depuis longtemps stationnaire, et n'a jamais donné lieu à des troubles circulatoires. Pourquoi s'étonner dès lors qu'un traumatisme de quelque importance par l'ébranlement moral qu'il produit et l'impression profonde qu'il laisse dans l'esprit d'un sujet éminemment suggestible, puisse se perpétuer dans ses effets. Par traumatisme il ne faut pas entendre seulement le traumatisme extérieur, les coups et blessures. Mais toute violence subie par l'organisme, qu'elle vienne du dehors ou qu'elle ait pris naissance dans l'organisme lui-même, la maladie constitue pour le système nerveux, un traumatisme dans les mêmes conditions qu'une blessure. Dans les deux cas, il agit par l'influence suggestive.

Grâce à l'autosuggestion, l'impression première s'incarne dans le système nerveux et provoque ultérieurement des troubles fonctionnels; je n'en veux comme preuve que ces cas de dyspnée purement subjective ou de symptômes digestifs survenus à la suite d'une contusion de l'épigastre ou de la paroi thoracique.

Tant est puissante l'influence de l'idée suggestive, que par elle seule, et sans l'intervention d'aucun facteur étranger, elle est capable d'en-

gendrer des névroses. Une femme est hantée de l'idée d'un cancer du sein, qui n'existe que dans son imagination malade. Sous l'effet de sa propre suggestion, et par l'entretien continu de cette pensée, elle finit par ressentir réellement à la région mammaire des sensations pénibles, qui peuvent dégénérer en véritable névropathie locale. Dans la sphère génitale, il existe quelques névroses, telles que l'impuissance, qui n'ont pas d'autre origine qu'une idée suggestive née à la suite d'une émotion ou d'une impression psychique vive.

L'autosuggestion intervient donc pour une plus ou moins grande part dans le développement de toutes les névroses, elle est, si on pouvait dire, l'agent fixateur. Elle perpétue dans le sensorium les impressions venues du dehors, les renouvelle et les exagère ; une fois créée, elle réagit à son tour, produisant suivant les cas, ici des troubles sensitifs, là des troubles moteurs ou viscéraux ; toutes manifestations d'un travail psychique inconscient, indépendant de la volonté du sujet, se développant malgré lui, à son insu, par le seul fait de la plus grande réceptivité de son système nerveux, par le fait de sa plus grande suggestibilité.

Parmi les neurasthénies locales, il en est cependant un certain nombre, dont le développement, au premier examen, paraît échapper à ce mécanisme : celles qui sont le résultat d'un défaut

d'innervation locale, inné ou acquis, celles qui sont l'expression d'une diathèse nerveuse locale, celles enfin qui naissent spontanément en dehors de toute cause provocatrice. Dans toutes ces névroses, l'élément psychique ne peut être mis en cause avec certitude, leur interprétation est plus difficile, au moins quant à leur origine, mais ce qu'on ne peut nier, c'est que, nées elles aussi sur des sujets nerveux, leur développement ultérieur est également soumis aux influences psychiques.

TRAITEMENT

Avant de parler du traitement qu'il convient d'opposer à la neurasthénie locale, il est peut-être bon de rappeler les dangers qui peuvent résulter du scepticisme par trop apparent de certains médecins à l'égard des manifestations de l'épuisement nerveux. Généralement on est tenté de considérer les névropathes comme des malades un peu simulateurs, on affecte de prendre leurs récits pour des fantaisies de leur imagination, on tourne leurs souffrances en ridicule, on les raille sur leur extrême susceptibilité, on les traite de nerveux et on s' imagine que tout est dit. Malheureusement beaucoup souffrent d'être ainsi traités et on peut dire méconnus ; car si l'imagination joue un grand rôle dans leur maladie, il n'en est pas moins vrai que souvent cette dernière repose sur des sensations réelles, que des suggestions inconscientes sont venues plus tard amplifier et détourner de leur véritable signification. Il faut au contraire gagner la confiance de ces malades, et pour arriver à ce but il n'est pas de moyen plus sûr que de les écouter patiemment, de compatir à leurs souffrances, en un mot de les prendre au sérieux.

Il est impossible de préciser ici les indications particulières que comporte chaque forme de neu-

rasthénie locale. Les symptômes sont tellement divers, que ce serait dépasser les limites d'une étude générale, de vouloir passer en revue chacun d'eux au point de vue thérapeutique. La neurasthénie douloureuse a certaines indications qui n'ont pas leur raison d'être dans la neurasthénie gastrique et réciproquement. A côté des indications spéciales à chacune d'elles, il existe une indication plus générale qui leur est commune à toutes, plus utile que les premières et qui découle naturellement des notions pathogéniques exposées plus haut.

S'il est vrai que l'autosuggestion joue le principal rôle dans le développement des névropathies locales, affections purement fonctionnelles dans lesquelles l'altération n'existe pas, ou du moins est dominé par le désordre purement fonctionnel, il est logique de croire qu'en créant une direction nouvelle aux pensées du malade, en fortifiant son cerveau contre les erreurs de son imagination, on attaquera le mal dans sa source même.

L'Ecole de Nancy en créant la thérapeutique suggestive a indiqué les moyens les plus propres à remplir ce but.

Il est inutile de rappeler ici le mécanisme de la thérapeutique suggestive; je me bornerai à montrer dans quelles limites elle doit être employée et comment elle doit être mise en pratique.

On peut dire d'une façon générale que la suggestion a ses indications dans toutes les formes de

neurasthénie locale. Qu'elle soit périphérique ou viscérale, les troubles sensitifs y sont toujours en prédominance ; quelquefois ils constituent à eux seuls toute la maladie ; ils sont le point de départ des troubles fonctionnels proprement dits ; ceux-ci sont essentiellement liés aux premiers. Dans les névropathies douloureuses la suggestion est donc seule indiquée, dans les névropathies complexes elle a également son utilité ; en neutralisant l'élément sensation elle agit favorablement sur les symptômes qui se sont greffés sur elle.

La suggestion est d'autant plus indiquée qu'en général tous les autres traitements échouent ou bien ne procurent qu'une guérison tardive. Plusieurs malades dont les observations sont rapportées plus bas, avant de se soumettre au traitement par la suggestion, avaient épuisé tous les moyens thérapeutiques ordinaires ; il en est qui arrivaient couverts de vésicatoires ; d'autres s'étaient drogués inutilement pendant des mois, avaient fait de l'hydrothérapie ; tous étaient plus malades après qu'avant ; fait aisé à comprendre, puisque le remède ne doit pas s'adresser directement à la douleur, mais à la cause, qui, sans l'avoir créée, l'entretient et la prolonge. C'est l'autosuggestion qu'il faut combattre.

La suggestion peut davantage. « En s'adressant à l'organe psychique, centre moteur de tous les organes, de toutes les fonctions, elle peut modifier ces organes et ces fonctions, dans un sens

utile au malade. De même que sur un organisme sain, on peut produire par suggestion de la douleur, de l'anesthésie, de la contracture, de la paralysie, de la toux, de l'éternuement, des nausées, on peut augmenter, diminuer, pervertir les diverses fonctions, de même on peut, sur l'organisme malade, supprimer la douleur, résoudre la contracture, dissiper les nausées et les vomissements, calmer la toux, remplacer l'insomnie par le sommeil (1). »

Il y a mille façons de faire la suggestion. Dans quelques cas, pour réussir, il suffit d'affirmer avec autorité que les symptômes vont et doivent cesser, de rassurer le malade en lui montrant l'inanité de ses craintes en le convainquant de la nature purement nerveuse des accidents, en dirigeant son attention vers d'autres objets, en tranquillisant son esprit par des distractions variées, au besoin en procédant par intimidation, de faire en un mot, ce que les Anciens appelaient le traitement moral.

Un exemple suffira pour montrer l'importance de ces moyens si simples, et leur efficacité. Un malade d'une cinquantaine d'années se présente au service pour des vomissements qui existent depuis 16 mois et survenus brusquement à la suite d'une sensation de violente constriction à la gorge. Chaque fois qu'il essaie d'avaler un aliment solide, la même sensation se reproduit et provoque immédiatement

(1) Bernheim. Hypnotisme, suggestion, hydrothérapie.

le rejet des matières ingérées. Depuis 16 mois, le malade n'a pu faire descendre ni pain, ni viande, ni aucun autre aliment solide; il se nourrissait tant bien que mal d'œufs, de lait et de laitage. Après avoir essayé tous les traitements, le malade arrive à Nancy, profondément amaigri, sans forces physiques ni morales. Le premier jour, après examen, on lui présente du pain, il refuse d'abord de le manger, on insiste, on lui affirme qu'il passera; après quelques hésitations, il s'exécute et à sa grande stupéfaction, le pain passe; on lui fait prendre un petit morceau de viande; il le mange sans le rejeter. A partir de ce moment il mange au régime ordinaire, ayant encore de temps en temps quelques envies de vomir; au bout de quinze jours, après avoir été soumis à quelques séances hypnotiques, il sort de l'hôpital complètement guéri.

Le plus souvent, malheureusement, cette suggestion indirecte échoue, en raison des trop grandes résistances qu'elle rencontre. Dans ce cas, il faut recourir à l'hypnose, qui augmente, comme on sait, la réceptivité intellectuelle, en soustrayant davantage l'individu aux influences du monde extérieur.

Mais pendant le sommeil même, le cerveau ne reste pas tout à fait passif. On ne lui imprime pas toujours l'idée qu'on veut, les impressions personnelles subsistent, et aux suggestions étrangères s'opposent les suggestions personnelles. Dans la

neurasthénie surtout, les difficultés sont grandes, et elles varient dans chaque cas. Il est essentiel de savoir les reconnaître, de trouver le point faible. Il faut, pour ainsi dire, détruire, puis créer, supprimer les autosuggestions, et introduire à leur place des idées nouvelles susceptibles de produire l'effet utile cherché.

Dans l'observation rapportée par M. le Professeur Bernheim dans la *Revue de l'Hypnotisme*, il s'agissait d'un malade âgé de trente ans, qui depuis 15 mois souffrait de violentes douleurs dans les membres inférieurs. L'affection avait débuté dans la jambe gauche par une douleur qui s'étendit insensiblement dans toute la face postérieure du membre et dans la fesse. A l'occasion d'un fait banal (le malade se mouchait), il sentit la douleur envahir le mollet droit, si bien qu'au bout de quelques mois, les deux membres étaient presque également atteints. Le malade dut cesser son travail. Cependant la marche était relativement facile ; les souffrances étaient moins vives quand il marchait, que lorsqu'il était au lit. Tous les traitements restèrent inutiles : révulsifs, pointes de feu, vésicatoires. Le moral s'affected à son tour. Le malade devint triste, maussade, hypochondriaque, il ne prenait plus goût au travail, tout le laissait indifférent, excepté son mal en dehors duquel il ne voyait rien. C'est dans ces conditions et après avoir essayé les eaux de Plombières et des bains de vapeur qu'il se présenta au service plus malade

que jamais. Il fut endormi. Malgré la suggestion les douleurs persistèrent ainsi que l'insomnie. Il avait eu recours à tant de traitements sans y trouver un notable soulagement, qu'il s'était fait de son affection, une idée d'incurabilité qui finit par primer tout espoir de guérison. C'est contre cette idée qu'il fallut lutter tout d'abord en insistant sur le côté tout artificiel des troubles que l'examen ne pouvait en effet rattacher à aucune lésion organique, en démontrant au sujet l'inanité de ses funestes présomptions. A partir du moment où la victoire fut gagnée sur ce point, le reste devint facile ; la suggestion produisit immédiatement ses effets. En l'espace de huit jours le malade sentit disparaître et ses douleurs et son insomnie, il redevint gai, dispos ; son moral se releva, si bien qu'il demanda à sortir de l'hôpital pour rejoindre sa famille et reprendre son travail, qu'il avait abandonné depuis plus d'un an.

Quelquefois même, à la suggestion, il faut joindre l'action ; faire ce que M. le Professeur Bernheim appelle la suggestion active, d'entraînement, qui consiste à incarner, pour ainsi dire, la suggestion dans un fait matériel, manipulations, frictions, massage, etc. Il est des malades qui n'ont pas assez d'initiative pour sortir de leur état ; ceux-là, il faut les stimuler, les pousser ; témoin cette homme atteint de douleurs à la nuque avec contracture des muscles de la région. La tête était complètement immobilisée, il ne pouvait ni la

tourner de côté, ni la renverser en avant ou en arrière. Dans une première séance les résultats furent à peu près nuls ; après une seconde séance de suggestion, accompagnée de frictions sur la région et de mouvements imprimés, le malade se réveilla à peu près guéri, pouvant tourner la tête dans tous les sens.

La suggestion réussit presque toujours dans les névropathies locales traitées à l'hôpital. Il est des cas qui résistent, soit parce qu'ils durent depuis trop longtemps et qu'ils ont engendré l'hypochondrie, soit parce qu'ils s'accompagnent de troubles fonctionnels et même de désordres matériels. Il en est de même des névropathies qui sont greffées sur des affections avec lésions organiques contre lesquelles l'art n'a aucun recours ; dans ce dernier cas, la suggestion produit un soulagement momentané, mais bientôt, l'autosuggestion reprenant son empire, le mal reparaît dans toute son intensité.

En ville où la suggestion est plus difficile à pratiquer, le succès est également moins constant. Beaucoup de malades n'acceptent pas un traitement purement suggestif, ne comprenant pas qu'on puisse guérir sans le secours d'aucun médicament.

Chez tous ces malades il faut savoir varier les procédés et faire la suggestion à leur insu. Le sommeil n'est pas toujours nécessaire pour la réalisation d'une idée suggérée. Sans doute il le favorise,

mais il n'en est pas une condition essentielle; beaucoup de personnes sont très suggestibles à l'état de veille tout en étant réfractaires à l'hypnose.

La suggestion peut être pratiquée d'une façon indirecte sous forme médicamenteuse, les pilules *mica panis*, les potions vides de toute substance active, agissent-elles autrement que par suggestion? Dans cet ordre d'idées l'imagination du médecin peut se donner libre carrière. L'électricité peut avoir également son utilité, non pas tant par l'excitation directe produite sur les tissus, que par l'effet suggestif; autant peut-on en dire de la métallothérapie et des aimants.

Enfin il faut combattre les causes à l'occasion desquelles a pris naissance la névropathie, s'attaquer directement, s'il est possible, à la lésion qui en a été le point de départ, ou mettre le sujet à l'abri des causes morales qui entretiennent le mal. Il faut enfin remédier à l'état général par l'hydrothérapie et autres médications usitées en pareil cas.

Il resterait à parler des indications spéciales, celles-ci sont variables suivant la partie ou l'organe atteint. Les troubles fonctionnels, surtout lorsqu'ils existent depuis longtemps, soit qu'ils sont greffés sur une lésion organique, soit que cette dernière est venue se greffer sur eux, sont passibles des médications habituellement em-

ployées dans les maladies purement organiques
qu'ils simulent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Citée par M. le Professeur Bernheim, dans la *Revue de l'Hypnotisme*, Février 1892.

V., 28 ans, ouvrier à la cristallerie de Baccarat. Marié, père de famille, heureux dans son ménage, il n'accuse ni excès de travail physique, ni excès de tension intellectuelle, ni émotions morales vives. La maladie, pour laquelle il est venu, le 28 octobre 1891, se faire traiter dans notre service, remonte au mois d'août 1890. Comme antécédents morbides, il ne relate qu'une gastrite contractée il y a deux ans et qui persista trois ou quatre mois, caractérisée par de la dyspepsie et des vomissements alimentaires après les repas ; le lait même tournait et était vomi. Mais cette maladie guérit et, depuis, la digestion était parfaite. Il a toujours été nerveux, sans être névropathe ; depuis son enfance il tremblait facilement, par exemple, quand il était un peu fâché, quand il voyait deux enfants se battre : il a même conservé un tremblement léger persistant à l'état habituel. Sauf cela, il se portait à merveille, sans douleur, sans autre manifestation nerveuse. Son nervosisme paraît être héréditaire. Son père, sur lequel il ne peut fournir de renseignements, est mort il y a vingt ans ; sa mère est très impressionnable, dit-il, sans être malade. Il a perdu, il y a cinq ans, sa sœur d'une affection nerveuse qu'il ne peut définir ; elle avait habituellement des maux de tête,

des crises nerveuses; pendant la nuit, elle sautait dans son lit en rêvant.

Lui-même, sans cause connue, il ressentit brusquement, en août 1890, une douleur dans le mollet gauche; cette douleur s'étendit graduellement, de bas en haut, le long de la face postérieure de la cuisse, jusqu'à l'ischion qu'elle atteignit en décembre. Cette douleur n'était pas continue, mais le prenait toutes les dix à quinze minutes, comme un éclair avec secousse. D'août en décembre, le médecin, qui pensait à une sciatique, lui fit appliquer successivement six grands vésicatoires sur le membre; il était calmé pendant deux jours, puis cela recommençait. Le 3 décembre, il dut arrêter son travail, qu'il n'a pas repris depuis. Alors ces mêmes douleurs fulgurantes s'étendaient du mollet jusqu'à l'os iliaque, toujours à la face postérieure du membre. Chose singulière, quand il marchait, ces secousses vigoureuses devenaient de moins en moins intenses, et de moins en moins fréquentes, à mesure qu'il continuait à marcher. Aussitôt couché au lit, les yeux fermés, les secousses douloureuses le reprenaient, si bien qu'il se relevait et passait ses nuits à marcher.

Au mois de janvier, l'autre jambe, la droite, fut prise de douleurs analogues. Une nuit en se mouchant, il ressentit une douleur vive à la région sacro-coccygienne droite. Cette douleur s'étendit graduellement vers la région de l'aîne et du scrotum droit. C'étaient de violents élancements allant du coccyx jusqu'à l'aîne et parcourant tout le sillon cruro-abdominal jusque dans le scrotum; ces élancements surtout intenses dans cette dernière région (aine) duraient pendant quelques minutes et se continuaient ensuite pendant quatre heures environ sous forme de douleur obtuse, supportable. Il restait quelquefois deux jours sans la sentir; puis les accès revenaient durant un à deux jours avec exacerbation et rémissions irrégulières. En outre, la douleur

existait à la fesse droite, s'irradiant parfois, mais rarement dans le genou.

Au moment où la jambe droite fut prise, la gauche se dégagea ; mais elle fut reprise au bout de trois mois des mêmes secousses douloureuses qu'elle avait présentées auparavant seulement à des intervalles assez rares. Ce qui dominait depuis lors, c'étaient les douleurs à l'aine et à la fesse droite. A trois ou quatre reprises, l'intensité des douleurs dans l'aine a déterminé chez notre homme une sensation de faiblesse, avec agitation, tremblement, contraction des mâchoires et impossibilité de parler ; ces crises hystériformes, sans boule, ni strangulation, durèrent environ une heure.

Comme traitement le malade a pris de l'antipyrine, de la phénacétine, du salicylate ; il a eu des vésicatoires, des pointes de feu nombreuses. Le 18 mai dernier, on l'envoya à Plombières où il prit pendant trois semaines des bains de vapeur sans résultat. Au contraire, il revint plus malade ; il fallut le porter dans le train, et de retour à Bacarrat, il resta quinze jours sans pouvoir marcher. En juillet, il fallut recourir à des injections de morphine pour calmer les crises les plus fortes : on ne dépassa jamais la dose d'une seringue par jour.

A son entrée à l'hôpital, V... était profondément amaigri ; sa constitution primitivement délicate était affaiblie ; le tempérament lymphatico-nerveux ; le facies présentait l'aspect morne, abattu, triste, découragé. Le malade marchait bien, mais il ne pouvait seul se coucher au lit, à cause de la douleur au sacrum et à la fesse qui ne lui permettait pas de s'incliner en avant. Depuis sept à huit mois, il ne pouvait plus faire ce mouvement, ni ramasser par exemple un objet à terre. L'aspect déprimé du malade faisait croire à la sœur du service que le malade était dément. Je constatai cependant que c'était un homme

intelligent et dont l'intelligence était conservée ; elle était seulement annihilée par quinze mois de douleur et d'insomnie ; il était incapable de travail physique et intellectuel.

Quand le malade commence à marcher, il se tient le corps incliné, surtout sur le membre inférieur gauche ; l'attitude que présentent beaucoup de malades atteints de sciatique droite. Il marche cependant bien, et quand il a marché pendant quelque temps, la douleur de la fesse et de la cuisse disparaît et l'attitude se redresse.

Les membres inférieurs ne présentent aucune atrophie musculaire, tous les mouvements s'accomplissent, la sensibilité est normale : ni anesthésie, ni hypéresthésie. A la cuisse droite, la pression produit une légère douleur sur la face postéro-interne, au niveau de la fesse, de l'ischion, de l'échancrure sciatique, du sacrum et du coccyx ; on ne constate pas cependant les points douloureux bien accentués de la sciatique. La douleur obtuse et un peu diffuse sur la face postérieure du membre n'est pas délimitée sur la ligne du sciatique. Ajoutons que les pointes de feu dont les traces existent à la face postérieure du membre ont pu, par influence psychique, contribuer à localiser la sensation douloureuse dans cette région correspondant à peu près, mais non d'une façon précise, au domaine du sciatique. La pression de la région inguinale et du scrotum ne détermine pas de sensibilité spéciale. A la face postérieure de la cuisse gauche, la pression réveille aussi une certaine douleur peu intense à peu près sur le trajet du sciatique, sans les points douloureux classiques. Ajoutons encore, et ceci est important pour le diagnostic, que le malade n'a jamais, ni pendant les accès, ni dans leur intervalle, senti ni fourmillements ni engourdissement dans les membres douloureux.

Le réflexe patellaire est exagéré du côté droit ; les autres

réflexes tendineux sont normaux. Quand le malade, couché ou assis, soulève la jambe droite, elle est agitée d'un tremblement intense qui dégénère bientôt en grandes oscillations irrégulières ; ce tremblement existe depuis six semaines et s'est développé, dit-il, à la suite d'injections d'éther qu'on lui fit pendant quinze jours. Avant les injections il ne présentait qu'un tremblement léger, à petites oscillations rythmiques, qu'il a toujours et qu'il présente encore à la jambe gauche et aux mains, quand on les fait étendre horizontalement en l'air.

Depuis sept à huit mois le malade ne dort plus la nuit. Il dort quelquefois une demi-heure le jour.

Il ne présente d'ailleurs aucune autre manifestation nerveuse ; pas de céphalalgie, pas de rachialgie, pas de troubles digestifs. La vision est nette, le champ visuel normal. L'appétit a toujours été satisfaisant et la digestion bonne.

L'examen des organes ne démontre rien d'anormal, si ce n'est une expiration légèrement soufflée dans les fosses sous-épineuses ; cependant le malade n'a jamais toussé, ni craché ; il n'a ni fièvre, ni sueurs nocturnes. En résumé, douleurs fulgurantes localisées dans les deux cuisses, à l'aîne droite, à la région sacro-coccygienne.

Le diagnostic fut : névropathie locale ; quelques séances de suggestion suffirent pour amener la guérison.

OBSERVATION II

Recueillie dans le service de M. le Professeur Bernheim.

B. âgé de 22 ans, commis à la manufacture des tabacs. Dit être malade depuis 1885. A ce moment il était vérificateur des cultures de tabac à la R... L'affection a débuté, à la suite de grandes fatigues, par une névralgie intercostale et de la difficulté de digérer ; la douleur, qu'il se

rappelle avoir été lancinante, survenait par excès tous les jours, et avait une telle intensité qu'il dut cesser de travailler. Traité d'abord à la R . . . , il entra à l'hôpital de Bordeaux où il fut mis au régime lacté en même temps qu'on lui fit prendre des douches de vapeur sulfureuse et d'eau froide. Au bout de dix jours il sortit guéri.

Il reprit son service et pour prévenir, dit-il, le retour de dyspepsie, il continua le régime lacté ; il en résulta une constipation opiniâtre qui a persisté jusqu'en 1888.

A peine était-il sorti de l'hôpital que les douleurs le reprirent. Elles changèrent de siège et occupent, depuis lors, la réunion des 2^e et 3^e cartilages costaux avec le sternum des deux côtés ; de ce point elles s'irradient en bas jusqu'à l'épigastre. Elles sont continues et présentent des exacerbations pendant lesquelles il souffre comme si on lui arrachait les chairs, comme si l'os était tirailé en divers sens ; dans l'intervalle il n'accuse qu'une sensation de pesanteur cuisante. Elles sont plus pénibles vers l'heure des repas et se calment aussitôt que le malade commence à manger ; il jouit alors pendant une heure ou deux d'un calme relatif ; mais dès qu'il se remet à ses travaux de bureau, les souffrances reviennent ; au contraire, il ne sent rien, quand il fait des travaux manuels ; il avait transformé sa chambre en un petit atelier de menuiserie ou il travaillait les jours où il pensait avoir le plus mal : en comprimant la région malade, il se trouve également notablement soulagé. Pendant la nuit il est tranquille et dort parfaitement bien, mais aussitôt levé, il est malade.

Malgré cela l'appétit était resté bon : même il le trouvait exagéré ; la digestion s'est toujours bien faite ; les selles sont régularisées à partir de l'année 1889.

Traitements antérieurs : électricité, vésicatoires, bains, douches.

Depuis deux ans les douleurs ont un peu diminué ; elles

ne sont plus continues, mais les accès sont restés les mêmes.

Il quitta son service une deuxième fois en 1886 et ne l'a repris qu'au mois de novembre 1890.

Les antécédents du malade ne présentent rien de particulier. A 13 ans, il a eu pendant quelques mois de fortes migraines. Dit n'être pas particulièrement nerveux. Mère très nerveuse. N'accusé pas d'excès.

Etat actuel : constitution délicate. Tempérament lymphatique. La face amaigrie, pâle, dénote une grande souffrance. Actuellement le malade ne se plaint que de ses douleurs dans la région sternale, qui reviennent tous les jours par accès, avec les caractères décrits plus haut. L'appétit est bon : la digestion se fait bien : en dehors de quelques renvois et régurgitations le malade ne présente aucun autre symptôme du côté des voies digestives. Légère dilatation d'estomac. Les autres organes sont normaux. Au niveau du siège de la névropathie on ne constate également rien, la pression n'est pas douloureuse.

Le caractère s'est beaucoup modifié. Avant sa maladie B... était plutôt d'humeur joyeuse : d'une intelligence au dessus de la moyenne, il occupait ses loisirs à étendre ses connaissances, actuellement il ne prend plus goût à rien, ne lit plus, ne travaille plus dans sa chambre. Depuis plusieurs années il se couche tous les soirs à 9 heures, parce qu'au lit seul il se trouve tout à fait tranquille.

Chez ce malade, atteint de névropathie douloureuse locale, d'origine probablement gastrique, la suggestion a été moins fidèle. Les symptômes il est vrai duraient depuis six ans ; malgré cela, après chaque séance le malade se trouvait notablement soulagé pour le reste de la journée, quelquefois pour deux et trois jours. Les accès ont diminué d'intensité, mais la guérison n'est pas complète.

OBSERVATION III

Recueillie dans le service de M. le Professeur Bernheim.

K... Georges, chargeur aux Hauts-Fourneaux, à N. M.

Au mois de décembre dernier, il reçut sur le pariétal droit un coup de broche en acier, il tomba sans connaissance, on dut le relever, une demi-heure après il put rentrer seul chez lui. Il portait une large déchirure du cuir chevelu, se plaignait de violentes douleurs à la tête et à la partie supérieure de la colonne vertébrale. Ces douleurs étaient continues et l'empêchaient de dormir. Au bout de quinze jours la plaie était cicatrisée, mais les souffrances persistèrent à la nuque. Les douleurs s'irradiaient même dans le cou et l'épaule droite, le malade d'ailleurs ne pouvait se servir de son bras droit, qui, d'après les renseignements donnés, aurait été plutôt contracturé que paralysé ! Cette impotence n'a duré que peu de jours, et quand il s'est présenté à l'hôpital, elle n'existait plus.

Traitements antérieurs : frictions, teinture d'iode, pointes de feu sur la partie supérieure de la colonne vertébrale. Constitution bonne. Tempérament nerveux.

22 mars. On trouve une légère tuméfaction des parties molles au niveau des dernières vertèbres cervicales, où il accuse ses douleurs, il faut dire qu'il avait subi à ce niveau plusieurs frictions et des badigeonnages de teinture d'iode ; les os ne paraissent pas atteints, car on peut les comprimer assez fort sans provoquer de douleur ; cette dernière existe d'ailleurs plutôt sur les côtés de la nuque. Le malade remue la tête assez lentement.

Au dynamomètre la main droite donne 23, la main gauche 35. Suggestion. Sommeil profond.

24 mars. Le malade accuse encore des douleurs au niveau de la nuque ; l'épaule va mieux.

5 avril. Ne sent plus de douleurs à la nuque, mais se plaint de l'épaule ; ne lève le bras droit qu'à l'horizontale. Le dynamomètre donne 15 à droite et 31 à gauche.

8 avril. Va bien, se dit tout à fait bien ; les deux bras se soulèvent également. Au dynamomètre 26 à droite, 36 à gauche.

Le 19 mai, le malade revient à la consultation. Depuis la dernière séance, il n'éprouvait plus qu'une légère gêne la nuit. Il y a trois semaines, pendant qu'il nettoyait, tête baissée, des plaques tournantes, il sentit, dit-il, des craquements dans le cou ; depuis, il ne peut plus tourner la tête, mais n'éprouve pas de douleur.

Le bras gauche se soulève verticalement, le bras droit n'arrive pas tout à fait à la verticale. Au dynamomètre, 24 à droite, 40 à gauche.

On l'endort ; pendant le sommeil la raideur se maintient ; on ne constate d'ailleurs aucune déformation à la nuque. On arrive, en faisant un effort, pendant la suggestion à remuer la tête, mais alors le malade pousse un cri, tombe à terre et a des pleurs nerveux.

Il revient à la consultation le 19. Le malade étant levé tient la tête légèrement inclinée en avant et dit ne pas pouvoir l'étendre complètement. Ne peut presque pas tourner la tête de côté.

Après une première suggestion on arrive à faire décrire des mouvements de rotation et un certain degré de flexion et d'extension. Au réveil, tourne la tête assez bien et assez vite.

2^e suggestion après laquelle le malade tourne très facilement la tête dans tous les sens. N'accuse plus de douleurs, mais dit sentir un petit craquement à chaque mouvement.

21 mars. Le malade revient ; il tourne spontanément la tête de tous les côtés et la renverse en arrière avec la plus grande facilité.

Il n'accuse plus qu'une certaine gêne à gauche de la nuque ; à ce niveau on constate un ganglion, mais la colonne vertébrale est indemne.

Dans cette observation très intéressante à tous points de vue, le diagnostic pouvait paraître douteux ; la première idée qui se présentait à l'esprit était celle d'une arthrite des vertèbres cervicales consécutive au traumatisme ; mais l'absence de déformation et de la douleur à la pression, les antécédents nerveux du malade devaient au contraire faire songer à une névrose locale ; la suggestion en supprimant la contracture et en rétablissant les mouvements est venue confirmer ce dernier diagnostic.

OBSERVATION IV

Recueillie au service de M. le Professeur Bernheim.

B. Charles, 33 ans, vigneron. Le malade se présente à la consultation pour des douleurs qui ont succédé à l'extraction d'une petite molaire faite il y a 2 mois. Aussitôt après l'opération, les douleurs, qui existaient déjà dans le côté correspondant de la face, s'étendirent dans la nuque et jusque dans le cou. Du côté de la dent elles sont lancinantes, dans le cou elles sont plutôt gravatives et tellement vives que le malade se frappe la région intéressée. Depuis deux mois les douleurs sont continues, empêchant le malade de tourner la tête. La pression n'est pas particulièrement sensible.

Pendant la nuit il peut dormir, néanmoins il est réveillé 4 ou 5 fois par les douleurs. Il n'a jamais arrêté son travail.

Dit être très nerveux.

On ne constate rien à l'examen. Quand il tourne la tête du côté droit, il sent une douleur dans toute la région

gauche de la nuque jusqu'à l'oreille, la douleur existerait également de l'autre côté quand la tête se tourne à gauche.

Trois séances de suggestion ont suffi pour le guérir.

OBSERVATION V

Recueillie au service de M. le Professeur Bernheim.

R. âgé de 50 ans, chef de service à la faïencerie de D...

Dit que son affection remonte à 16 mois. Un jour en se mettant à table, il éprouva à la gorge une violente constriction avec picotements ; en même temps, il sentit que les aliments et même les liquides ne descendaient plus. Le médecin, consulté le lendemain, dit que c'était une contraction nerveuse du pharynx et lui passa les olives. A partir de ce moment, le malade n'a pu avaler ni pain, ni viande, ni autres aliments solides ; chaque tentative était suivie d'une constriction qui provoquait immédiatement le rejet des aliments ingérés. Il se nourrissait d'œufs, lait, bouillon qui passaient facilement. A certains moments il pouvait avaler des biscuits, d'autres fois ils étaient rejetés. Il continua à travailler jusque il y a cinq semaines, restant parfois trois ou quatre jours de suite sans rien prendre, ni solide ni liquide, pas même de l'eau. Il dut alors quitter ses occupations, à cause de violentes douleurs qu'il ressentait dans le dos et qui ont disparu depuis qu'il a cessé son travail.

Depuis seize mois, son état est resté le même ; cependant dans ces derniers temps il a constaté que sa mémoire baissait : souvent, dans sa correspondance les mots lui échappaient ; il prenait un mot pour un autre ; dans des conversations il reste quelquefois à court ne trouvant plus l'explication désirée.

Il y a deux mois il fut pris brusquement dans son bureau, d'une sorte de faiblesse avec étourdissement et difficulté extrême de s'exprimer. Il put aller chez lui, mais

resta deux jours dans cet état, ne pouvant dire ce qu'il ressentait, dans un état de vague indéfinissable, dont il lui était impossible de sortir.

Constipation habituelle, s'accompagnant souvent de céphalalgie. Il n'accuse pas de battements de cœur. Affections antérieures : fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans. A 27 ans, il aurait eu, dit-il, un transport au cerveau sur lequel il ne peut d'ailleurs donner des renseignements précis ; tout ce qu'il peut dire, c'est qu'il croit se rappeler avoir perdu connaissance, quand il se leva il parlait difficilement, se trouvait très faible et pendant deux mois il fut incapable de travailler. Il n'a jamais été paralysé. Pas d'excès d'aucune sorte. Avoue avoir toujours été nerveux.

Etat actuel : Constitution primitive bonne, actuellement débilitée. Tempérament mixte. Face pâle, anxieuse. Apyrexie.

Le ventre est mou et dépressible ; la sonorité stomacale ne paraît pas exagérée ; pas de bruit de clapotement.

Les bruits du cœur sont nets ; le 2^e temps à la base est un peu frappé. Pas d'hypertrophie.

Respiration nette.

La sensibilité est conservée partout. Enfin, l'examen permet de constater qu'il n'y a rien d'anormal. Il s'agissait évidemment d'une névropathie localisée au pharynx et dans la partie supérieure de l'œsophage, ayant eu pour point de départ la sensation de constriction qui avait marqué le début de l'affection, sensation qui a pu être retenue par le système nerveux grâce à son excessive impressionnabilité. Cette sensation était-elle purement fortuite ou tenait-elle peut-être à l'existence d'une angine ? Il est difficile d'en expliquer l'origine.

Après l'examen, on expliqua au malade qu'aucune lésion ne pouvait rendre compte de son affection ; que cette dernière, étant purement nerveuse, devait facilement céder à

la suggestion. Avant de l'endormir, on voulut s'assurer *de visu* de quelle façon et au bout de combien de temps le malade vomissait. On fit apporter du pain; il refusa d'abord de le manger, prétextant que ce n'était pas la peine puisqu'il le vomirait aussitôt; on insista en affirmant que le pain passerait; après quelques hésitations, il s'exécuta et à sa grande stupéfaction, il ne vomit pas, ce qui ne lui était plus arrivé depuis seize mois.

On lui fit de même manger quelques bouchées de viande. Le soir et le lendemain il eut encore quelque tendance à vomir. Il fut endormi et entra aussitôt en un sommeil profond. Au bout de quelques séances, il put manger au régime ordinaire. Il est sorti de l'hôpital complètement guéri, mangeant de tout et digérant bien.

OBSERVATION VI

Empruntée à M. Bernheim (*Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie*, page 247).

Traumatisme sur la région épigastrique il y a deux ans. Dilatation d'estomac consécutive; sensations douloureuses; état hypochondriaque. Tuberculose pulmonaire secondaire. Amélioration par la suggestion.

Pierre S., âgé de trente-sept ans, journalier, entre à l'hôpital le 19 mai 1890. Il y a deux ans, il a été saisi à la ceinture par une courroie qui l'entraîna à 6 mètres de haut. On coupa la courroie pour le dégager et on le transporta sans connaissance à l'hôpital Saint-Nicolas.

Au bout de trois quarts d'heure, il revint à lui, mais avait une sensation douloureuse à l'épigastre, qui a persisté depuis. C'est une gêne continue dans cette région qui lui coupe la respiration surtout quand il s'abaisse et veut lever une charge. Depuis ce moment il sentirait aussi comme un clapotement stomacal. Quand il mange, sensa-

tion de gêne épigastrique, par moment des régurgitations aqueuses, sans pyrosis. D'ailleurs pas de crampes d'estomac, pas de nausée après le repas. Quelquefois seulement, deux ou trois fois par semaine environ, il a, après les repas, une sensation de constriction qui dure une heure. Le malade n'a pu travailler depuis deux ans, marié, père de trois enfants, sa femme est obligée de l'entretenir, car au moindre effort pour soulever une charge, la douleur vive existe à l'estomac. Il est tombé dans un état de dépression morale très grande.

Depuis quinze jours il tousse; la toux est quinteuse; il a de l'expectoration séro-spumeuse visqueuse, il a maigri notablement, il sue abondamment la nuit, cinq ou six chemises chaque nuit.

Marié depuis onze ans, il a une femme bien portante; il a lui-même été toujours bien portant avant son accident; il a fait deux ans de service militaire.

Etat actuel (20 mai). — Constitution moyenne débilitée. Amaigrissement notable depuis l'accident. Tempérament lymphatico-nerveux. La température était de 37° 4 le 19 au soir, de 37° 6 le 20 au matin, le pouls à 88 ample, régulier; le thorax est bien conformé, la respiration costo-abdominale. Sonorité thoracique normale; à l'auscultation, respiration vésiculaire, sauf dans la fosse sus-épineuse gauche où la respiration est très rude avec retentissement de la voix; elle est un peu soufflée à droite. A l'examen de l'abdomen, on constate une sensibilité à la pression depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à deux travers de doigts au dessus de l'ombilic dans un espace transversal de quatre travers de doigts. Sonorité stomacale et clapotement jusqu'à l'ombilic (dilatation d'estomac). Le foie ne débordait pas. Les autres fonctions sont normales. Le malade n'accuse que des sensations épigastriques; le clapotement l'obsède; quand il marche, dit-il, cela va mieux: il lui

semble que l'eau descend et que le poids disparaît. Cette sensation permanente semble dégénérer en vraie hypochondrie ; son facies est triste, préoccupé, concentré.

Avant son accident, il n'avait jamais souffert. Diagnostic : *névrose traumatique épigastrique. Dilatation de l'estomac. Tuberculose pulmonaire récente.* Prescription : phénacétine, 1 gramme. Potion avec 5 centigrammes d'extrait thébaïque pour arrêter la fièvre et combattre la toux. J'essaie la suggestion hypnotique qui est difficile ; car aussitôt les yeux fermés, survient une petite toux quinteuse incessante qui continue tant qu'on observe le malade. J'affirme nonobstant que cette toux ne signifie rien, que la douleur épigastrique disparaît, etc..

La phénacétine est supprimée le 23, l'extrait thébaïque le 21, la température est redevenue normale depuis ce jour ; la suggestion est continuée tous les jours ; la petite toux nerveuse se continue encore pendant la seconde et la troisième séance ; puis elle disparaît à peu près, et le sommeil provoqué devient plus profond. — Le 22 mai, le malade dit manger mieux, sans douleur ; la nourriture passe bien le pain sec, dit-il, s'arrête encore un peu. La sueur diminue aussi. Dans la nuit du 29, il ne sue qu'une chemise. Les régurgitations aqueuses disparaissent à partir du 20.

Bien que le malade mange bien et dorme bien, cependant la sensation de clapotement d'eau dans l'estomac l'obsède toujours ; sa pensée ne peut pas s'en détacher. Je lui fais un lavage d'estomac ; il contient le café au lait pris le matin. Malgré ce lavage il se plaint toujours.

Dans la nuit du 26 au 27, il dit avoir grelotté toute la nuit ; ce matin il va mieux ; la température est normale ; mais le 27 au soir elle est à 38,5 et le 28 au matin à 38,2. Il se plaint toujours de sa douleur à l'épigastre. Il ne tousse plus d'ailleurs ou presque plus et dort bien. Je continue la suggestion.

Le 29, la température est redevenue normale; le malade se trouve mieux, l'estomac est moins sensible, il a eu quelques filets de sang dans son expectoration; le soir, la température est à 27,6. — Suggestion (3^e degré). Le 30, la température est à 37; le malade se trouve bien, et fait moins attention à l'estomac. — Soir, température : 37,5.

Le 31, température 37: le malade ne tousse plus, n'a plus de sueurs nocturnes: il reste encore de la respiration rude et légèrement soufflée dans les sommets. L'estomac va mieux ; les digestions sont bonnes. Il dit que cela «hoche» encore un peu dans son estomac, mais moins et cela ne le préoccupe plus autant. Il a essayé hier de soulever une charge en se penchant le corps en avant et se redressant, il a encore eu une légère sensation épigastrique, mais ce n'est plus la douleur vive qu'il avait ; et il croit pouvoir reprendre son travail, pour nourrir ses enfants, ce à quoi il n'avait pas songé depuis deux ans. Il demande sa sortie.

OBSERVATION VII.

Arthralgie du genou. — Amélioration, puis guérison par la suggestion.

E. François (1). — Père très nerveux, non alcoolique ; ses grands parents paternels également nerveux. — Mère bien portante. Antécédents personnels : pas de maladies antérieures. Le malade, qui est d'un tempérament lymphatique, a toujours été très impressionnable, et pouvant à peine modérer son émotion.

Cependant, il n'aurait jamais eu d'accidents nerveux. Il se souvient qu'un jour, dans son enfance, s'étant frappé

(1) Observation de M. le Professeur Bernheim dans thèse de Cosserat, 1891..

le dos de la main droite contre les barreaux d'un escalier, sa main resta raide pendant un mois.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, étant dans la cour du Petit-Séminaire de Pont-à-Mousson, où il était élève, en train de jouer avec ses camarades, il trébucha contre une pierre et tomba sur le genou droit. Il ressentit une vive douleur sur-le-champ. Mais ce ne fut que deux jours après que, pendant la promenade, il remarqua qu'il traînait la jambe, que cette jambe était plus faible, et qu'en même temps il avait des douleurs dans le genou et la hanche; il se mit alors à s'appuyer sur l'épaule d'un de ses camarades.

La faiblesse du membre augmenta, et cinq jours après l'accident, E... entra à l'infirmerie de l'établissement, où on lui mit un vésicatoire sur le genou. Le mal ne fit qu'empirer, et la cuisse et la jambe se contracturèrent. C'est en cet état que, ne pouvant marcher, on l'apporta dans le service de chirurgie de M. le Professeur Gross.

Etat au 28 mai 1888. Ce jeune homme accuse surtout de vives douleurs dans le genou droit avec lancées dans la cuisse et la jambe.

Au lit, le membre repose sur sa face externe, dans la flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Le plus léger attouchement détermine de la douleur et des soubresauts impossibles à localiser. E... crie dès qu'on l'approche. L'hypéresthésie est très prononcée, au point que la couverture du lit même cause des douleurs. On ne constate cependant aucun gonflement de l'articulation, ni des os, pas de fièvre, l'appétit est conservé. Il n'y a donc pas d'ostéomyélite. D'ailleurs, la jambe et la cuisse participent à l'affection.

Si on fait lever le malade, on constate qu'il quitte le lit avec les plus grandes précautions, et qu'une fois à terre, il porte le poids du corps sur le membre inférieur gauche.

Faisons-le marcher, il pose le pied en valgus, tandis que le genou est en valgus aussi, c'est-à-dire forme un angle ouvert en dehors et en avant. Douleurs vives pendant la marche.

Pour s'assurer qu'il n'y avait pas d'affection de la hanche, dont la douleur du genou serait symptomatique, M. le Professeur Gross fit endormir le malade au chloroforme.

La résolution fut complète, et l'on ne constata rien d'anormal dans le fonctionnement de la cuisse.

On essaya pendant quelques jours des applications de pointes de feu sur les trajets nerveux et aussi sur le genou, sans résultat.

C'est alors que M. le Professeur Bernheim endort le malade assez facilement, et dès la première séance enlève l'hypéresthésie.

Les contractures et les déviations résistèrent aux suggestions ; on endormit alors E... au chloroforme, et on lui mit un appareil plâtré pour redresser son membre et le maintenir dans une bonne position. Le malade supporta l'appareil sans douleurs, et il sortit ainsi quelques jours après (le 11 juillet 1888), pouvant marcher et regrettant même une guérison trop complète qui l'exposait à devenir soldat plus tard. Au bout d'un mois et demi, il enlève l'appareil qui lui emboîtait le pied, la jambe et la cuisse, et comme son membre avait encore une tendance à la raideur, il va, sur le conseil de M. le Professeur agrégé Vautrin, trouver M. le Professeur Bernheim. En deux séances de suggestion, cette opportunité de contracture disparaît, et, depuis, le malade n'a pas eu de rechute. Nous l'avons vu ces jours derniers ; il ne se plaint plus que de quelques douleurs vagues, en rapport, dit-il, avec la température.

ORSERVATION VIII

Communiquée par M. le Professeur Bernheim.

L..., 56 ans, journalier, entré à l'hôpital le 12 juin 1890 :

Il fit un effort en portant une charge et ressentit aussitôt une vive douleur au rebord costal droit axillaire, il quitta son travail pendant une heure, puis le reprit jusqu'à il y a huit jours. Il alla, dès le lendemain, à la visite, on lui fit mettre un vésicatoire et la douleur sembla remonter un peu vers l'ombilic. Depuis, la douleur revient régulièrement tous les jours vers 10 heures, elle s'étend du rebord costal droit jusqu'à l'appendice xyphoïde et reste fort vive pendant quelque temps; c'est une sensation de brûlure qui coupe la respiration et remonte même jusqu'à la gorge. Le malade ne sent rien dans l'intervalle, se porte bien en dehors de ces accès.

Maladies antérieures : Fièvre typhoïde et dysentérie en 1868 pendant son séjour en Afrique. Il n'avait pas d'excès alcooliques.

Etat actuel : Constitution assez bonne, tempérament mixte, face peu colorée, artères athéromateuses. Depuis son accident, le malade se plaint d'avoir des émotions pendant 5 minutes après chaque repas. Il n'a pas de pituite ni d'envie de vomir, les selles sont régulières.

Quand il reprend son travail, il sent une douleur à l'épigastre à droite de la ligne blanche.

Le thorax est très bien conformé, la respiration est surtout abdominale; sonorité dans les deux clavicules plus faible à droite, la matité hépatique commence au sixième espace, elle ne déborde pas les fausses côtes; sonorité dans les deux joues sus et sons-épineuses, et dans les bases, la respiration est normale en arrière. La pression

au cinquième espace, sixième et un peu au septième jusqu'en bas détermine de la sensibilité assez vive.

Sensibilité vive à la pression à droite de la ligne blanche; le ventre est excavé; en déprimant la paroi on ne trouve rien d'anormal.

Le malade a un tremblement marqué dans la main, qui s'exagère dans les mouvements voulus.

Dit avoir toujours été nerveux, impressionnable. Par suggestion ou crée un point douloureux au rachis.

14 juin. — Le point rachidien existe encore. Suggestion. Après le sommeil profond la douleur a complètement disparu.

16 juin. — Suggestion avant-hier et hier. Le malade n'accuse plus de douleurs à la pression.

Hier, à 3 heures, a encore eu une sensation douloureuse à l'hypochondre droit. Il n'a plus eu de renvois.

17 juin. — N'a plus senti aucune douleur, la digestion se fait très bien, on peut toucher l'épigastre droit sans provoquer même de sensibilité.

18 juin. — Le malade va tout à fait bien, il digère bien, ses forces reviennent.

OBSERVATION IX.

Communiquée par M. le Professeur Bernheim.

G..., 45 ans, ouvrier aux Salines.

Entré à l'hôpital civil le 2 avril 1891.

Il y a 6 ou 7 ans, il serait tombé sur un rebord tranchant d'un wagonnet, au niveau du creux épigastrique.

Le choc a été fort. Le malade dut garder le lit 15 jours. Depuis, n'a plus travaillé que 4 ou 5 jours de suite, travaillait à peu près 15 à 18 jours par mois.

La douleur épigastrique a persisté.

Depuis l'accident il digère mal, a des envies de vomir ;

3 ou 4 semaines après l'accident, il aurait commencé à vomir des petits morceaux de sang caillé, quand il se forçait à rendre en mettant les doigts dans la gorge.

Après sa chute avait toujours une sensation de clapotement à l'épigastre, qui a disparu depuis 1 mois. Voussure épigastrique considérable jusqu'à 1 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Ne tousse pas. Avant l'accident digérait bien.

Constitution bonne. Tempérament mixte. Apyrexie. Accuse toujours une douleur à un travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Cette douleur est continue, il la compare à une sorte de colique. Quelquefois elle s'exagère et s'accompagne de tiraillements dans le ventre et les côtes. Ces accès durent une ou deux heures et reviennent tous les jours 3 ou 6 fois; elles sont moins intenses et moins fréquentes dans la nuit.

Sensation de poids au creux épigastrique. Le malade accuse aussi un point à la région dorsale, cette dernière douleur est suggérée. Il accuse aussi souvent une sensation de cuisson de l'épigastre au cou, qui se dissipe quand il mange; un point au-dessous du mamelon gauche, qui l'empêche de respirer 2 ou 3 fois par jour pendant 2 heures.

L'appétit est conservé, la langue est nette, chez lui le malade mangeait de la soupe au lard et des légumes. Il a quelquefois, après avoir mangé, des régurgitations aqueuses et souvent une sensation pénible partant des régions inguinales jusque dans l'épigastre.

Souvent l'estomac est gonflé. On constatait il y a 3 jours de la pneumatose gastrique.

Ne va à la selle que tous les 3 à 4 jours, avant y allait régulièrement.

C'est la douleur épigastrique et costale qui l'empêche de travailler.

Le thorax est bien conformé, fonctions cardiaque et respiratoire normales.

La sonorité stomacale s'étend du 6^e espace jusqu'à 2 travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Sensibilité au creux épigastrique.

Il y a un peu de voussure épigastrique augmentant par moments ; il gonfle sa poitrine, le diaphragme descend et on voit la voussure se produire, mais le ventre est dépressible partout.

Le malade dort peu la nuit, environ 3 à 4 heures. Suggestion. Sommeil profond.

7 avril. — Le malade s'est senti un peu mieux dans la journée d'hier. N'a pas eu de pyrosis hier ni ce matin. A mieux dormi cette nuit.

Accuse toujours des tiraillements, des coliques au-dessus des aînes. Suggestion.

8 avril. — Le malade va mieux. A dormi très bien cette nuit, n'avait pas aussi bien dormi depuis 6 mois. Les douleurs sont à peu près passées. A pris 3 litres de lait, 2 bols de bouillon et de la viande. Plus de douleur à la pression à la région épigastrique, le point rachidien suggestif a disparu.

10 avril. — Le malade dit spontanément qu'il n'a plus de douleurs dans les aînes, ni de crampes d'estomac.

11 avril. — Le malade a été repris de coliques avec barre épigastrique. Le tiraillement dans les aînes a disparu. La digestion se fait bien. Suggestion.

15 avril. — Le malade est sorti, mais doit revenir à la clinique deux fois par semaine.

OBSERVATION X

Recueillie dans le service de M. le Professeur Bernheim.

Augustine V., âgée de 30 ans, mariée, mère de trois enfants.

La malade s'est présentée à la consultation, le 28 avril dernier. Son affection aurait débuté, il y a trois mois, à la suite d'une frayeur, par des vomissements, des douleurs épigastriques et des points dans le dos. Depuis, vomit tous les jours chaque fois qu'elle mange et aussitôt après l'ingestion. Certains jours, elle vomit tout ce qu'elle prend, mais le plus souvent une partie des aliments reste. C'est le lait qui est le mieux supporté. Quand elle ne mange pas, elle ne vomit pas et n'a pas d'envie de vomir.

La douleur épigastrique est continue avec exacerbations au moment des vomissements.

Depuis un mois céphalalgie frontale, également continue. Dort généralement bien. Selles régulières.

Avant la frayeur, la digestion était déjà pénible, mais la malade n'avait jamais vomi.

La malade est très nerveuse et accuse une sensation de boule. Menstrues régulières.

L'estomac ne paraît pas dilaté. Les autres fonctions sont normales.

Suggestion. Sommeil profond avec anxiété au réveil.

Revient le 21 mai. Pendant quinze jours la malade digérait bien et ne vomissait plus. Il y a quatre ou cinq jours, à la suite d'une contrariété, elle fut prise d'une sensation de constriction douloureuse à l'épigastre. Immédiatement après la contrariété, elle eut une crise de contracture hystérique pendant cinq minutes. Quand elle a mangé, elle éprouve souvent une sensation d'étouffement ; depuis trois jours, elle a de nouveau des nausées et vomit. Les maux de tête ont aussi reparu sous forme d'élancements ; la malade accuse un point dorsal ; pendant la nuit, elle est agitée.

Suggestion. La malade ne s'est pas représentée à la consultation.

OBSERVATION XI.

Communiquée par M. le Professeur Bernheim.

R., 21 ans, employée dans un magasin de chaussures. Entrée à l'hôpital le 5 février 1891.

A été au mois de juin dernier au service de M. le Professeur Spillmann où on lui fit une thoracentèse derrière et à gauche, on lui aurait extrait environ 1 litre de liquide rougeâtre. Depuis, dit-elle, elle a toujours senti un point à l'aisselle et au dos. Tousse peu, mais se sent gênée pour respirer, crache peu. L'appétit est bon.

Le thorax est bien conformé, respiration costo-abdominale. Pas de maladie antérieure. La respiration est superficielle avec de temps en temps des soupirs. La malade ne peut pas marcher vite, elle a assez facilement des battements de cœur.

Sonorité normale en avant des deux côtés. Au cœur on perçoit un petit souffle doux au premier temps, plus marqué à la base.

Sonorité égale dans les deux fosses sus et sous-épineuses. Matité dans les deux derniers espaces des deux côtes. Respiration nette, égale des deux côtés. Suggestion.

8 février. La malade dit spontanément qu'elle va mieux, mais sent son point au-dessous de l'omoplate droite.

Suggestion tous les jours. La malade sort guérie le 12 février.

OBSERVATION XII.

Recueillie dans le service de M. le Professeur Bernheim.

Z. Maria, cigarière, âgée de 23 ans, mariée sans enfant. Entrée à l'hôpital le 10 mai 1892.

Depuis un an, la malade dit avoir mal au cœur, le matin à jeun elle rend des eaux. L'appétit a toujours été mé-

diocre ; dit que depuis l'âge de 17 ans après une fièvre typhoïde, elle digère mal ; après avoir mangé, elle ressent une douleur stomacale accompagnée de renvois pendant 10 minutes. Tous les 3 jours environ, dit-elle, elle éprouve une sensation de brûlure après les repas. Les selles sont régulières. Pas d'amertume de la bouche. Le matin, le cœur lui tourne comme s'il était dans l'eau. Quand elle marche, elle a souvent un point au-dessous du sein gauche, de même est essoufflée. Accuse de fréquents battements de cœur.

Les règles sont abondantes et durent six jours par mois. La malade est très nerveuse, cependant n'a jamais eu de crise.

Maladie antérieure : Rhumatisme articulaire il y a 7 ans pendant tout un hiver.

Etat actuel : Constitution bonne, tempérament nerveux. Le pouls compte 68 par minute, est régulier, égal. La densité des urines est 1012. La langue est un peu grisâtre.

Le thorax est bien conformé, la pointe du cœur bat normalement, le choc est faible. Souffle doux présystolique et systolique à la pointe. La respiration est nette.

L'estomac est dilaté jusqu'à 2 travers de doigts au dessous de l'ombilic, on ne perçoit pas le bruit de clapotement.

On provoque *ad libitum* des points douloureux. La malade dort peu la nuit, a des cauchemars, se réveille en sursaut.

14 mai. La malade accuse toujours des maux de cœur, a eu des renvois pendant une heure, ainsi que des bâillements.

17. Depuis hier la malade a un point douloureux dans la région interscapulaire gauche.

Suggestion, sommeil profond. La douleur au cœur a beaucoup diminué, la respiration est bonne.

21. La suggestion est répétée tous les jours. La malade dit aller bien. Elle digère bien et ne sent presque plus le point précordial, qui revenait depuis 7 ans tous les matins pendant une heure, s'accompagnant de réguigitations.

23. La malade accuse une sensation de cuisson.

28 mai. Depuis quelques jours la malade va tout-à-fait bien, elle mange, n'a presque plus de battements de cœur ; elle demande sa sortie.

Réflexions. — En résumé il s'agit d'une jeune femme nervo-arthritique, qui à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire accompagné probablement d'une localisation endocardique, avait conservé des battements de cœur avec sensations pénibles à la région précordiale. Il n'y a jamais eu chez elle de troubles circulatoires, pas d'œdème des membres inférieurs ; à son entrée la compensation était parfaite ; les urines étaient claires et de densité normale. Mais cette femme était nerveuse, impressionnable et avait appris d'un médecin qu'elle était atteinte d'une maladie de cœur. Hantée de cette idée, elle a continué à présenter des symptômes qu'au premier abord on aurait pu mettre sur le compte de la lésion mitrale, mais qui étaient purement dynamiques et entretenus par l'impressionnabilité excessive du sujet. La dilatation d'estomac peut être invoquée pour expliquer ces troubles ; sans nier qu'elle y soit tout-à-fait étrangère ; dans le cas particulier elle était plutôt secondaire puisque les troubles cardiaques étaient de longtemps antérieurs aux troubles digestifs.

OBSERVATION XIII (1)

Névrose spasmodique locale consécutive à une typhlite. Inhibition des accès par suggestion.

M. Edmond X..., âgé de quarante-deux ans, commerçant habitant Lunéville, est habituellement bien portant. Le seul inconvénient qu'il accuse, depuis son enfance, ce sont de petites selles diarrhéiques venant régulièrement après chaque repas et de plus dans la journée de fréquentes petites selles sans coliques ; il ne se rappelle pas avoir eu de selles moulées. Il n'a jamais eu d'accidents nerveux, mais j'ai traité une de ses sœurs et une nièce pour des troubles hystériques. M. V... paraissait énergique, dur pour lui-même, et n'accusait aucun trouble, bien qu'ayant les attributs du tempérament lymphatico-nerveux.

Etant à Lille pour affaires, le 12 juillet 1888, il contracte une typhlite avec douleur vive iléo-cœcale, fièvre intense, constipation ; cette typhlite fut combattue par les purgatifs et l'application de deux vésicatoires. Il resta alité pendant dix-sept jours, puis resta encore douze jours à achever sa convalescence à Lille, n'ayant de selles qu'avec des purgatifs. Rentré à Lunéville, il vit se confirmer sa guérison, il n'accusait plus aucune douleur, mais toujours de la constipation, et de plus rendait les aliments aussitôt après les repas. — Tout d'un coup, quinze jours après, survint vers la région abdominale inférieure droite une douleur atroce, comme une crampe, comparable en intensité à une colique hépatique ou néphrétique des plus violentes ; cette douleur dura de une heure à une heure et demie et se dissipa à la suite de cataplasmes et de lavements laudanisés. Après cet accès V... resta alité, avec de

(1) Bernheim, Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, page 279.

l'anorexie, — sans aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression. Trois jours plus tard survint un accès pareil au premier.

Puis les accès se répétèrent presque tous les jours, à heures variables, durant une demi-heure à une heure, — rarement la nuit ; il aurait été réveillé trois ou quatre fois seulement dans son sommeil par la douleur. — En même temps, outre ces accès de coliques, constipation opiniâtre : il n'allait à la selle que par lavement et ne rendait que de petites chiques ou des rubans tout minces et plats, dit-il, ayant cependant la longueur d'un doigt.

Les médecins de Lunéville, qui le virent, pensèrent naturellement qu'il s'agissait d'un obstacle intestinal consécutif au processus de la typhlite, par bride citatricielle, péritonite chronique, épaississement inflammatoire du cœcum, etc. — Appelé à voir le malade en octobre 1888, je ne pus que me ranger à l'avis de mes confrères. En dehors des crises, on ne constatait rien de bien net à la palpation profonde de la région iléo-cœcale, qui n'était pas douloureuse ; parfois on croyait sentir une rénitence, mais peu distincte. Pendant les crises douloureuses, on constatait une contraction avec gonflement de la paroi abdominale du côté droit et des anses intestinales sous-jacentes. On continua à essayer les révulsifs, vésicatoires, et les purgatifs divers, huile de ricin, séné, eau hongroise, pilules, etc. contre la constipation opiniâtre. Rien n'y fit.

En novembre, les douleurs devenaient intolérables au malade : il dut avoir recours aux injections de morphine, et commença par la dose de un centigramme qu'il dut augmenter progressivement pour arriver en mars 1889 à la dose de dix centigrammes par jour. Depuis cette époque, il dut régulièrement chaque jour, aussitôt l'accès développé, injecter cette dose en une fois ; une dose inférieure ne suffit pas à enlever la douleur. Il lui est même arrivé une fois de s'injecter 16 centigrammes d'un coup.

Je le vis une seconde fois à la fin de janvier 1889. A cette époque déjà, frappé de l'intensité des douleurs, qui étaient hors de proportion avec une simple constipation due à un rétrécissement, apprenant que le malade avait eu, il y a quelques jours, une petite selle moulée du calibre du petit doigt, connaissant d'ailleurs les antécédents de la famille, ne trouvant à la palpation profonde, en dehors des accès, aucune douleur, aucune rénitence bien nette, j'exprimai à mes confrères l'idée que l'élément nerveux pourrait être pour quelque chose dans ces accès si douloureux ; qu'une névrose spasmodique douloureuse, greffée sur une lésion légère, pourrait expliquer cet appareil symptomatique, et je prononçai le mot de suggestion ; — je dis que si rien ne réussissait, le malade pourrait venir essayer ce traitement à Nancy, et qu'en cas d'échec, cela n'aggraverait en rien son état. Je rappelai à mes confrères un cas de névrose douloureuse précordiale, datant de quatre ans, ayant défié toutes les médications, chez la femme d'un confrère, que j'avais récemment guérie par suggestion. — Nous instituâmes un traitement par la belladone, conjointement avec des purgatifs et des injections de morphine, dont le malade ne peut plus se passer.

Les choses restèrent dans le même état. Vers la fin de février, cependant, le malade resta huit à dix jours sans douleur, et l'espoir renaissait dans la famille. Mais les accès reparurent plus douloureux, et la dose de dix centigrammes de morphine par jour devint nécessaire. La santé générale périlait. Le malade maigrit et s'anémia. Rien n'arrêtait les accès ; l'idée d'une lésion organique grave s'imposait. Il était question de consulter un de nos collègues en chirurgie sur l'opportunité d'une laparotomie. Avant de se décider pour cette extrémité, le malade alla consulter le professeur Naunyn (de Strasbourg), qui,

après l'avoir chloroformé et examiné, pensa, comme tous les médecins, à un rétrécissement, et institua un traitement par les lavements forcés. Le malade passa quinze jours à la maison de la Toussaint, à Strasbourg, et reçut pendant ce temps dix injections d'eau froide de un litre et demi par le rectum. Le traitement resta sans résultat ; les lavements déterminaient souvent des crises ; et à leur suite, celles-ci devinrent plus nombreuses et plus fréquentes : une à deux tous les jours, durant trois quarts d'heure à une heure et demie.

M^{me} V... consulta alors le Professeur Kœberlé, qui avait déjà vu le malade en novembre 1888. Notre collègue et ancien maître ne constata aucune lésion à l'examen du ventre et pensa qu'il s'agissait d'une simple contracture musculaire, d'une névrose spasmodique greffée sur une typhlite. Il conseilla de continuer la belladone et les injections de morphine.

D'après ce diagnostic, confirmant l'idée que j'avais exprimée antérieurement, la famille du malade pensant que la suggestion hypnotique pourrait être tentée, le malade vint me revoir le 20 juillet dernier.

Après l'avoir examiné de nouveau et après avoir constaté que le ventre était souple et nullement douloureux à la pression profonde, en dehors des accès, j'essayai l'hypnotisation, et, en moins d'une minute, M. V... était en sommeil presque complet (catalepsie, mouvements automatiques, analgésie) avec souvenir conservé au réveil. Je suggérai la disparition des accès de douleur et de contracture. Au réveil, j'engageai le malade à venir passer plusieurs jours à Nancy, pour se soumettre au traitement suggestif.

Malgré la suggestion, M. V... eut un accès le lendemain 21, et revint le 22 juillet s'installer à Nancy. Ce jour, je fis deux séances ; le malade arriva depuis la troisième en

sommeil profond avec amnésie au travail. Les crises, depuis quelques jours, venaient surtout vers huit heures du matin. Le 23 juillet, à huit heures, je me rendis chez le malade, je le trouvai la main appuyée sur la région iliaque droite, la face commençant à se gripper ; l'accès commençait ; je constatai que toute la paroi abdominale, surtout à droite, était contracturée. Je provoque immédiatement l'hypnose et je dis au malade : « Dans une minute, vous ne sentirez plus rien et le ventre sera relâché complètement. » J'affirme la chose avec assurance parfaite. Et *une minute après, la douleur avait disparu, la contracture avait cédé* et j'enfonçai mon poing dans la profondeur, sans aucune douleur.

Je fis une nouvelle suggestion à deux heures. — Le 24, à huit heures du matin, je me trouvais chez le malade. Il attendait sa crise ; elle n'était pas encore déclarée, mais les phénomènes précurseurs étaient là. La main se portait vers la région malade. Je l'hypnotise immédiatement et je lui dis : « La crise, elle ne viendra pas ; vous n'aurez rien. — J'enfonce mon poing dans le ventre qui est mou et insensible. Et demain matin, vous aurez beau attendre la crise, elle ne viendra pas. » En effet, rien ne se manifesta. La crise ne vint pas, et le lendemain, le malade n'en eut pas le moindre symptôme précurseur. M. V... resta encore à Nancy jusqu'au 31, jour où je dus le renvoyer, car je partis en vacances. Il n'eut plus de crise. — Le sevrage de la morphine, qu'il avait dû continuer jusqu'au 22 juillet, donna lieu à quelques symptômes : lassitude, vertige, malaise, selles diarrhéiques, insomnies ; ces symptômes disparurent progressivement par la suggestion en quatre ou cinq jours.

Avant son départ j'appris à Mme V... à hypnotiser elle-même son mari, je l'engageai à continuer à le faire deux fois par jour.

Mais trois ou quatre jours après le retour à Lunéville, les accès revinrent irrégulièrement. D'abord Mme V... ou le Docteur X... arrivaient à les arrêter net par suggestion. Mais souvent M. V... se trouvait à son bureau à un kilomètre de distance de son logement, quand l'accès commençait : l'accès était dans tout son plein ; le malade souffrait comme un damné, se crispait et restait rebelle à la suggestion. La morphine redevint nécessaire à la dose de huit à dix centigrammes par jour. — Cela continua ainsi, malgré les suggestions faites en dehors des accès, deux fois par jour.

M. V... revint à Nancy, à mon retour de vacances, le 18 septembre. Il essaya d'abord de se traiter en restant à Lunéville, et venant deux fois par semaine à Nancy, mais les séances des 18, 22, 25 et 30 septembre restèrent infructueuses. Bien que le malade fût en hypnose profonde, chaque fois, la suggestion était impuissante à prévenir le retour des crises qui se répétaient chaque jour. Je décidai le malade à faire un nouveau séjour à Nancy, plus prolongé. Il revint le 20 octobre. Je lui fis deux suggestions vigoureuses par jour : l'une à huit heures du matin, l'autre à deux heures. Les crises venaient à peu près à heure fixe, à quatre heures de l'après-midi, depuis quelque temps ; elles semblaient s'être régularisées depuis la suggestion.

Les deux premiers jours, l'accès revint le soir, malgré la suggestion, mais moins douloureux et moins long. — Le troisième jour au dire du malade la douleur n'était presque plus rien. — Les jours suivants, le malade dit que la crise n'était pas venue et parut enchanté. Je le crus débarrassé par la suggestion ; mais j'appris le 9 octobre par sa femme qu'il se faisait une injection de morphine tous les soirs vers trois heures au moment où la crise commençait. Il m'avait trompé.

Je l'admonestai vivement ; je supprimai la morphine et

je le priai de m'attendre chez lui tous les soirs ; à quatre heures, je devais venir arrêter la crise au moment où elle tendait à se montrer. — A quatre heures moins dix minutes, je fus chez lui. Il ne ressentait absolument rien. « Vous voyez, lui dis-je, la crise ne peut pas venir quand je suis là. » Mais aussitôt que quatre heures allaient sonner, la figure du malade commençait à se contracter. Alors je lui dis : « Croyez-vous que je vais vous endormir pour empêcher la crise ? Ce n'est pas nécessaire. Tenez, je mets la main sur votre ventre. Dans deux minutes je l'enfoncerai jusqu'à la colonne vertébrale et vous ne sentirez rien. » Le malade parut douter ; la crise était imminente. Je laissai la main sur la région douloureuse, en riant, et au bout de une à deux minutes : « Tiens, c'est vrai, dit-il, il n'y a plus rien. » Et l'accès ne vint pas. *Ma main seule avait conjuré en une minute une crise que 10 centigrammes de morphine arrivaient seulement à calmer.*

Je savais, en effet, que M. V... était suggestible à l'état de veille : catalepsie, contracture, paralysie, analgésie complète, tout pouvait être réalisé chez lui, comme chez la plupart des bons somnambules, sans sommeil provoqué préalable. Le lendemain l'accès ne chercha pas à venir. Je fis rester le malade ici jusqu'au 28 octobre, et à partir du 9 aucune crise ne s'est plus manifestée ; M. V... n'a plus eu recours à la morphine.

Chose singulière, avant et depuis la maladie, M. V... avait toujours des selles diarrhéiques après chaque repas et dans le courant de la journée : il ne se rappelle pas avoir eu de selles moulées. Le 18 octobre je lui suggère d'avoir une selle moulée régulière tous les jours vers dix heures du matin, et je répète la suggestion tous les jours. La suggestion réussit, les selles deviennent moulées et ont lieu régulièrement entre neuf et dix heures du matin ; dans les premiers jours, il y en a deux dans la matinée.

Puis après quatre ou cinq jours de cette suggestion, il n'y a plus qu'une seule selle moulée du calibre d'un doigt, entre neuf et dix heures du matin.

M. V... va d'ailleurs très bien, l'appétit est bon, la digestion parfaite, le sommeil de la nuit excellent.

Il retourne chez lui le 28. Il est possible qu'une impression quelconque, effort, indigestion, etc... ramène de nouveau une crise et que la suggestion de la douleur soit plus forte que le souvenir de la contre-suggestion thérapeutique. Mais il est certain que la maladie guérira et restera guérie, à condition que, en cas de rechute, la suggestion puisse être faite au moment même où la douleur voudra éclater.

Voici la suite : quelques jours après son retour à Lunéville, le malade fut atteint d'une nouvelle crise qui ne put être conjurée tout de suite et qui nécessita une nouvelle injection de morphine. Il eut ainsi, en trois semaines, trois ou quatre crises. Il se disposait à revenir à Nancy pour recommencer le traitement suggestif, lorsqu'il contracta une pneumonie qui l'enleva en huit jours.

OBSERVATION XIV (1)

Hypéresthésie circonscrite en un point de la région précordiale. — Pseudo-angine de poitrine. — Crises d'hystérie respiratoire et cardiaque. — Affaiblissement progressif. — Insuccès de toutes les médications instituées depuis trois ans. — Apparence de la mort prochaine. — Guérison par suggestion.

Mme M..., âgée de vingt-six ans en janvier 1869, mariée avec un médecin de la région, un de mes anciens élèves, est née de parents bien portants ; elle-même est d'une

(1) Bernheim. — Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, page 311.

constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux, sans maladies antérieures. Réglée à douze ans, régulièrement, mariée à dix-sept ans, mère à dix-huit ans, elle nourrit elle-même son enfant. A vingt et un ans, elle eut un second enfant qu'elle nourrit pendant dix mois. Cet allaitement amena un certain degré d'épuisement. Peu de temps après surviennent des troubles menstruels pendant plusieurs mois. Vers cette époque (janvier 1886), cette jeune femme eut plusieurs émotions extrêmement vives, à la suite d'accidents survenus aux enfants. Au mois d'avril 1886, alors âgée de vingt-trois ans, elle fut prise subitement, sans cause appréciable, pendant une promenade, d'une grande faiblesse, avec un sentiment de douleur, d'étouffement et d'anxiété à la région précordiale, qui ne lui permit plus de marcher. Après quelques heures de repos, la malade reprit son état habituel; mais à partir de ce moment, elle accuse constamment une gêne, parfois une douleur vive limitée au même point vers le quatrième espace intercostal de la région précordiale, douleur l'empêchant de se redresser.

Au mois de mai de la même année, elle fut prise d'une seconde crise, beaucoup plus intense que la première, caractérisée par un sentiment extrêmement pénible d'étouffement, d'angoisse, semblable, écrit son mari, à une crise d'angine de poitrine qui dura plus d'une heure; le pouls était petit et fréquent; à peine pouvait-on le compter; la respiration était accélérée et spasmodique; le visage pâle exprimait une angoisse mortelle; la malade croyait étouffer à chaque instant.

A la suite de cette crise, engourdissement considérable dans le bras gauche, au point qu'elle ne pouvait plus le remuer, accompagné d'une douleur s'irradiant tout le long du nerf cubital, principalement dans le petit doigt et l'annulaire. Au cinquième espace intercostal, sur la ligne mamillaire, existait d'une façon constance au point dou-

loureux, de l'étendue d'une pièce de deux francs, qui ne pouvait supporter, sans faire pousser des cris, le moindre attouchement.

Pendant cette période, survenaient souvent, sans cause apparentes, des vomissements. Des crises semblables se renouvelaient chaque vingt ou trente jours environ, sans régularité.

La malade vint me consulter à cette époque. Après un examen détaillé, je conclus qu'il n'y avait aucune lésion organique et qu'il s'agissait d'une simple névrose hystérique, d'une pseudo-angine de poitrine hystérique. Je fis une tentative d'hypnotisation, mais la malade, dominée par des sensations douloureuses, et peu confiante, ne se laissa pas aller à la suggestion, qui échoua. Son mari n'ayant jamais constaté de symptômes hystériques ne pouvait croire à une simple névrose et inclinait vers l'idée d'une angine de poitrine organique. Je prescrivis l'iodure de potassium, les inhalations de nitrite d'amyle, les pulvérisations d'éther sur la région douloureuse : ce traitement resta inefficace.

Au mois de mars de la seconde année, c'est-à-dire dix mois environ après le début de la maladie, cette jeune femme devint de nouveau enceinte. Pendant les quatre premiers mois, les vomissements étaient extrêmement fréquents ; la douleur précordiale était plus vive ; il ne se passait guère de jour sans crise ; mais à mesure que leur fréquence augmentait, leur intensité diminuait. La malade ne quittait plus le lit. Au mois de juillet, vers le cinquième mois de sa grossesse, une amélioration notable se produisit qui dura près de deux mois. En septembre, les crises reparurent toujours plus fréquentes jusqu'au moment de l'accouchement qui eut lieu au commencement de décembre, sans accident. Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'accouchement, la malade n'eut ni douleur, ni crise ; la faiblesse était trop grande pour son-

ger à l'allaitement. Après cette courte éclaircie, les crises et les douleurs reparurent comme avant.

Au mois de mai 1888, la malade consulta, à Paris, plusieurs professeurs qui furent unanimes à défendre l'hydrothérapie dont il était question alors : l'un croyait à une affection rhumatismale du cœur, l'autre à une myocardite, à cause de la douleur très vive siégeant au niveau du cinquième espace intercostal. Le traitement par la valériane, qui fut conseillé, n'amena aucun résultat ; la situation resta la même jusqu'au 15 août. Il fallut recourir aux injections de morphine.

Le 15 août, se déclara un violent frisson extrêmement douloureux qui dura une heure, suivi de chaleur et de sueurs abondantes ; la température monta jusqu'à 41°. Trois semaines plus tard, second frisson. Dans l'intervalle, la température revint à la normale. Un troisième frisson suivit bientôt, puis un quatrième. A partir du mois d'octobre, la température ne descend plus au-dessous de 36° ; l'appétit disparaît ; l'amaigrissement fait des progrès ; les frissons se renouvellent chaque deux ou trois jours sans régularité. Cet état se continue en novembre. Les crises prennent un nouveau caractère. A la douleur d'une acuité excessive, à la respiration spasmodique et accélérée, à la fréquence et à la faiblesse extrême du pouls, s'ajoutent des troubles cérébraux : la malade enlève ses oreillers, exécute des mouvements avec ses mains comme pour arracher la douleur qui l'étreint au cœur ; la dyspnée devient extraordinaire, les muscles du cou se contractent énergiquement et se gonflent ; la face, pâle, est couverte de sueurs froides. La malade, qui ne perd pas connaissance, ne voit plus et n'entend plus. Cela dure plusieurs heures.

Dans les derniers jours de novembre et dans les premiers de décembre, les crises se répètent avec une violence

progressive et une durée plus longue qui va jusqu'à cinq heures. A partir de ce moment ; l'état général s'aggrave ; la fièvre, les sueurs sont permanentes, la malade ne mange plus, n'a plus de sommeil, ne peut plus faire le moindre mouvement sans provoquer aussitôt une vive douleur au niveau du cœur. L'amaigrissement et l'anémie font des progrès rapides. Tout espoir semble perdu aux médecins qui la soignent.

Pendant les trois années qu'a duré cette maladie, tous les traitements internes, antispasmodiques, tous les antinévralgiques, tous les révulsifs, l'électrisation à courants continus ont été employés sans résultat. Les injections de morphine pouvaient seules atténuer les crises. Peu à peu la malade en prit l'habitude et il fallut en augmenter le nombre. On se servit d'une solution très faible, 1 gramme pour 125, dont il fallut faire, pendant près de deux ans, au moins dix injections par jour. Au mois d'août 1888, la morphine fut remplacée par la cocaïne, qui sembla d'abord donner de meilleurs résultats contre les douleurs et les étouffements. La malade en prit vite l'habitude ; le mari diminua la force de la solution à mesure que la malade réclamait des injections de plus en plus nombreuses. Dans les derniers mois, la solution employée était de 1 gramme sur 200 ; mais il dut rester constamment au chevet de sa malade et faire 30 injections (seringue complète) par jour, c'est-à-dire 15 centigrammes de cocaïne par jour.

La malade revint me voir vers le 27 novembre ; elle entra au pensionnat de l'hôpital civil ; elle était pâle, anémique, maigre ; sa température était de 38°,5 ; le pouls à 90. La région précordiale gauche était criblée par les injections de cocaïne, au point que le sein ratatiné et induré ressemblait presque à un squirrhe atrophique.

La douleur à la pression du cinquième espace était excessive ; c'était un gémissement continu. J'assistai à

une crise, avec mon collègue le Docteur Vautrin, qui était à l'hôpital et avait été appelé en toute hâte.

Le spectacle était effrayant. La respiration était courte, fréquente, suspireuse, régulière, comptant plus de 100 par minute, la face horriblement pâle et anxieuse ; le pouls devient de plus en plus fréquent et faible, plus de 150 par minute, la douleur intolérable. Je fus convaincu qu'il ne s'agissait que d'une hystérie locale, avis qui fut partagé par mon collègue M. Vautrin ; il n'y avait aucune sibilance trachéale, aucun râle pulmonaire ; la face restait pâle mais non asphyctique, comme dans l'asthme. La fréquence extrême et la régularité de la respiration indiquaient un état spasmodique, nerveux. J'essayai d'arrêter la crise, comme je le fais d'habitude pour les crises d'hystérie, en suggérant vivement à la malade que tout allait se passer, que c'était purement nerveux, que la douleur se dissipait, que la respiration devenait plus lente et plus calme ; j'essayai de brusquer la malade. Rien n'y fit ; la crise continua inexorable. Au bout de deux heures environ, la malade tout d'un coup exprima une terreur singulière et dit avec anxiété et surprise : « Quel silence ! Je n'entends plus rien ! » C'était plus que de la surdité, c'était une impression comme le *silence de la mort*. Puis après quelques minutes : « Je ne vois plus rien ! Quelle obscurité ! » C'était plus que de la cécité, c'était une *impression de noir lugubre* qui s'associait à ce silence solennel.

Cet état avec respiration et pouls accéléré dura encore près de deux heures. Puis la crise cessa brusquement, après quatre à cinq heures de durée. La douleur précordiale seule persistait. Le mari était obligé d'injecter tous les quarts d'heure au moins une seringue de cocaïne.

Une seconde crise semblable se déclara dans la soirée. Le lendemain, la malade voulut rentrer chez elle ; elle n'avait aucune confiance dans le traitement. Ma tentative

brusque pour arrêter la crise l'avait indisposée contre moi.

En se rendant à la gare, le lendemain, elle fut prise en route d'un nouvel accès qui dura cinq heures ; elle dut passer encore une nuit dans un hôtel près de la gare. M. Vautrin, qui la revit, la dissuada de partir, lui affirmant que je la guérirais. Elle partit impressionnée par ces paroles et promit de revenir.

Elle revint, en effet, à Nancy, le 18 janvier. Elle était profondément déprimée physiquement et moralement, minée par la fièvre et la douleur, allant vers une mort certaine. Les crises avaient continué, une ou deux par jour ; elle ne mangeait presque plus. Son mari s'attendait à une mort prochaine. Depuis dix-huit mois, la malade n'avait presque pas marché, le moindre mouvement exaspérant ses douleurs.

Je procédai par insinuation douce, pour effacer l'impression première que ma brusquerie lui avait causée ; je lui affirmai que son affection était purement nerveuse et pouvait guérir par la suggestion, je tâchai de la capter, pour ainsi dire, et d'éloigner d'elle toute peur et toute émotion ; je la traitai comme un enfant, en lui disant : « Maintenant, écoutez-moi. Vous allez vous endormir tout doucement. » Je tins ses yeux clos quelques instants et elle s'endormit, en effet, en sommeil profond. Alors, j'affirmai avec conviction la disparition des douleurs et des crises, etc. Au bout d'un quart d'heure de suggestion continue, je la réveillai ; elle n'avait pas conservé le souvenir ; et je lui dis immédiatement : « Vous voyez bien que la douleur est partie. Vous ne sentez plus rien. Vous n'aurez plus de crise. » Elle ne ressentait plus de douleur ; je touchai avec une certaine précaution la zone douloureuse pour lui démontrer que la douleur n'existait

plus, en évitant toutefois de la réveiller par une pression trop forte.

Dans la soirée, nouvelle séance. Je continuai ainsi tous les jours pendant quatre semaines. Dès la première séance, les crises de douleur avec étouffements avaient définitivement disparu, sans tendance au retour. La douleur continue de la région précordiale aussi n'existait plus. Pendant les huit premiers jours, il y eut encore quelques élancements passagers ; la malade portait sa main sur la région et avait un moment d'anxiété, mais cela n'aboutissait pas. Je lui affirmai que cela ne pouvait pas aboutir ; je lui montrai que l'application de ma main à l'état de veille suffisait à enlever toute sensibilité douloureuse. J'apprends à son mari à l'endormir à la moindre velléité de retour offensif.

La maladie était guérie ; mais l'habitude de la cocaïne persistait. Elle réclamait encore une ou deux injections dans la nuit, pour dormir. Je luttai pendant quinze jours par la suggestion contre cette cocaïnomanie ; je lui affirmai que la guérison ne se ferait point tant qu'elle n'y renoncerait pas. Enfin, après une longue résistance, elle finit un jour par dire à son mari d'emporter la seringue ; elle n'en voulait plus. De ce jour, trois semaines environ après le début du traitement, elle ne parla plus jamais de cocaïne. Douleur et crises étaient guéries définitivement, mais la malade restait anémiée ; l'appétit était faible ; le pouls était fréquent, de 90 à 110 : la température toujours fébrile, de 38 à 39°. Je l'examinai avec soin et je découvris que le bras était couvert d'abcès, consécutifs aux injections ; j'en ouvris huit à dix qui furent pansés. La fièvre disparut ; l'appétit se restaura. La malade put se promener seule en ville dès le troisième septénaire ; elle resta encore une quinzaine au pensionnat de l'hôpital et partit chez elle en mars 1889, heureuse, radicalement et défini-

tivement guérie, à la grande surprise de sa famille et des médecins qui l'avaient traitée. Je l'ai revue à plusieurs reprises. La guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour.

VU :

Nancy, le 1^{er} juin 1892.

Le Président de la thèse,

BERNHEIM.

VU :

et permis d'imprimer,

Nancy, le 2 juin 1892.

Le Recteur,

E. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AXENFELD ET HUCHARD. — Traité des névroses.
- BERNHEIM. — Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie.
— *Revue de l'hypnotisme*, février 1892.
- BARRAS. — Traité des Gastralgies et des Entéralgies ; Paris, 1828.
- P. BLOCC. — La neurasthénie et les neurasthéniques, *Gazette des hôpitaux*, 1891.
— Sur un syndrome caractérisé par la topoalgie ; *Gazette hebdomadaire*, juin 1891.
- BEARD. — A practical treatise ou nervous exhaustion.
- BOUCHUT. — Le nervosisme ; Paris, 1878.
- BRODIE. — Lecture illustrative of certain local nervous affections ; London, 1837.
- BRISSAUD. — De l'asthme ; Pathogénie de l'asthme ; *Revue de médecine*.
— De l'asthme essentiel chez les névropathes.
- BURKART. — Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica ; Bonn, 1882.
- BOUVERT. — La neurasthénie.
- CHARCOT. — Leçons du mardi, 1887.
- COSSERAT. — Thèse de Nancy, 1891.
- EICHHORST. — Traité de pathologie interne.

FÈRE. — Famille névropathique. *Archives de neurologie* ; année 1884.

GALIPPE. — De l'obsession dentaire ; *Archives de neurologie* ; janvier 1891.

KRAFFT-EBING. — Neurasthenia sexualis ; Vienne, 1891.

LEHR. — Neurasthenie des Herzens ; Wiesbaden, 1891.

LEGRAND DU SAULLE. — Etat mental des spermatorrhéiques ; *Gazette des hôpitaux*, 1884.

LEBERT. — Névroses de l'estomac. *Arch. gén. de méd.*, 1877.

LABOULBÈNE. — Thèse d'agrégation, 1860.

MOUNIER. — Thèse de Paris, 1890.

LEVILLAIN. — La neurasthénie, 1891.

SANDRAS. — Traité des maladies nerveuses, 1851.

STROHMEYER. — Recherches sur les névroses locales ; Hanovre, 1875.

TROUSSEAU. — Cliniques médicales.

WILHEIM. — Neurasthenie des Herzens : Vienne, 1891.
